

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR
YANG BERPENGARUH TERHADAP PARTISIPASI PRIA
DALAM KELUARGA BERENCANA
DI KECAMATAN SELO KABUPATEN BOYOLALI**



TESIS

**Untuk memenuhi persyaratan
mencapai derajat Sarjana S2**

**Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi
Administrasi & Kebijakan Kesehatan
Minat
Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak**

Oleh :

**Sri Madya Bhakti Ekarini
NIM : E4A006053**

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2008**

Pengesahan Tesis

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul :

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR
YANG BERPENGARUH TERHADAP PARTISIPASI PRIA
DALAM KELUARGA BERENCANA
DI KECAMATAN SELO KABUPATEN BOYOLALI**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : SRI MADYA BHAKTI EKARINI
NIM : E4A006053

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 23 Juli 2008
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima.

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

dr. BagoesWidjanarko, MPH.
NIP. 131 962 236

dr. Anneke Suparwati, MPH.
NIP. 131 610 340

Penguji

Penguji

Dra. Tjondrorini, MKes.
NIP. 380 035 518

Dra. Atik Mawarni, MKes.
NIP. 131 918 670

Semarang, 23 Juli 2008
Universitas Diponegoro
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Ketua Program

dr. Sudiro, MPH., Dr. PH.
NIP. 131 252 965

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : SRI MADYA BHAKTI EKARINI

NIM : E4A006053

Menyatakan bahwa tesis dengan judul : **"ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERPENGARUH TERHADAP PARTISIPASI PRIA DALAM KELUARGA BERENCANA DI KECAMATAN SELO KABUPATEN BOYOLALI"** merupakan :

1. Hasil karya yang dipersiapkan dan disusun sendiri
2. Belum pernah disampaikan untuk mendapatkan gelar pada program Magister ini ataupun pada program lainnya.

Oleh karena itu pertanggungjawaban tesis ini sepenuhnya berada pada diri saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Penyusun

Sri Madya Bhakti Ekarini

RIWAYAT HIDUP

Nama : SRI MADYA BHAKTI EKARINI
Tempat dan Tanggal Lahir : Klaten, 25 Februari 1984
Agama : Islam
Alamat : Tegalsonomulyo, Kranggan, Polanharjo, Klaten
Riwayat Pendidikan :
1. Lulus SD tahun 1996
2. Lulus SMP tahun 1999
3. Lulus SMU tahun 2002
4. Lulus Akademi Kebidanan Estu Utomo Boyolali Tahun 2005
5. Lulus DIV Kebidanan STIKES Ngudi Waluyo Ungaran tahun 2006
Riwayat Pekerjaan :
Tahun 2006 - sekarang
Bekerja di Akademi Kebidanan Estu Utomo Boyolali.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga tesis ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Tesis ini berjudul **ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERPENGARUH TERHADAP PARTISIPASI PRIA DALAM KELUARGA BERENCANA DI KECAMATAN SELO KABUPATEN BOYOLALI**. Tesis ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Master Kesehatan-Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Program Pasca sarjana Universitas Diponegoro Semarang.

Penyusunan tesis ini terselesaikan atas bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini penulis sampaikan penghargaan dan rasa terima kasih kepada :

1. dr. Bagoes Widjanarko, MPH selaku pembimbing Utama yang telah meluangkan waktu dan membimbing penulis dari awal hingga terselesaikannya tesis ini,
2. dr. Anneke Suparwati, MPH selaku pembimbing Pendamping yang telah meluangkan waktu dan membimbing penulis dari awal hingga terselesaikannya tesis ini,
3. Dra. Tjondrorini, MKes selaku penguji tesis yang telah memberikan masukan guna perbaikan tesis ini,
4. Dra. Atik Mawarni, MKes selaku penguji tesis yang telah memberikan masukan guna perbaikan tesis ini,
5. Ketua Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat pada Program Pasca sarjana Universitas Diponegoro Semarang dan Staf yang telah memberikan ijin dan membantu selama pendidikan,

6. Seluruh dosen program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat pada program Pasca sarjana Universitas Diponegoro Semarang yang telah memberikan bekal ilmu untuk menyusun tesis ini,
7. Kabid KB BKBD kabupaten Boyolali dan staf yang telah memberi ijin dan membantu penulis dalam penelitian di lapangan,
8. Ketua Yayasan Estu Utomo dan Direktur Akademi Kebidanan Estu Utomo Boyolali yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan di MIKM UNDIP Semarang.
9. Teman-teman Pasca sarjana khususnya minat Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak angkatan 2006 yang telah memberikan motivasi sehingga terselesaikannya tesis ini.
10. Seluruh karyawan S2 program studi MIKM khususnya minat MKIA atas bantuan yang diberikan.

Selain itu penulis juga ingin menyampaikan rasa terima kasih kepada yang teramat penulis sayangi Bapak, Ibu, dan dik Lia atas dukungan yang diberikan selama ini sehingga terselesaikannya tesis ini.

Akhirnya penulis senantiasa mengharapkan saran dan masukan guna perbaikan tesis ini, sehingga bermanfaat bagi siapa saja yang membacanya. Insya Allah.

Penulis

Sri Madya Bhakti Ekarini

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN	iii
RIWAYAT HIDUP	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GRAFIK	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
ABSTRAK	xiv
ABSTRACT	xv
 BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	13
C. Pertanyaan Penelitian	15
D. Tujuan Penelitian	16
E. Ruang Lingkup	17
F. Manfaat Penelitian	17
G. Keaslian Penelitian	18
 BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	
A. Keluarga Berencana	20
B. Faktor-faktor yang Berpengaruh terhadap Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana	36
C. Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana	57
D. Kerangka Teori	62
 BAB III : METODE PENELITIAN	
A. Variabel Penelitian	63
B. Hipotesis Penelitian	63
C. Kerangka Konsep	64
D. Rancangan Penelitian	64
 BAB IV : HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Keterbatasan Penelitian	78
B. Hasil Penelitian dan Pembahasan	78
 BAB V : KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	107
B. Saran	108
 DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

No. Tabel	Judul Tabel	Halaman
Tabel 1.1	Keaslian Penelitian	18
Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel Penelitian	68
Tabel 3.2	Tabel Metode Pengumpulan Data	76
Tabel 4.1	Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur, jumlah anak, pendidikan, pendapatan di kecamatan Selo kabupaten Boyolali tahun 2008	78
Tabel 4.2	Distribusi frekuensi pengetahuan responden di kecamatan Selo kabupaten Boyolali tahun 2008	79
Tabel 4.3	Distribusi frekuensi jawaban responden variabel pengetahuan terhadap KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali tahun 2008	80
Tabel 4.4	Distribusi frekuensi sikap terhadap KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali tahun 2008	83
Tabel 4.5	Distribusi frekuensi jawaban responden variabel sikap terhadap KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali tahun 2008	83
Tabel 4.6	Distribusi frekuensi sosial budaya terhadap KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali tahun 2008	86
Tabel 4.7	Distribusi frekuensi jawaban responden variabel sosial budaya terhadap KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali tahun 2008	86
Tabel 4.8	Distribusi frekuensi Akses Pelayanan KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali tahun 2008	88
Tabel 4.9	Distribusi frekuensi jawaban responden variabel Akses pelayanan KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali tahun 2008	89
Tabel 4.10	Ringkasan hasil wawancara mendalam tentang akses pelayanan KB	90
Tabel 4.11	Distribusi frekuensi Kualitas pelayanan KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali tahun 2008	91
Tabel 4.12	Distribusi frekuensi jawaban responden variabel Kualitas pelayanan KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali tahun 2008	92
Tabel 4.13	Ringkasan hasil wawancara mendalam tentang kualitas pelayanan KB	93
Tabel 4.14	Distribusi frekuensi partisipasi pria dalam KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali tahun 2008	95
Tabel 4.15	Distribusi frekuensi hubungan pengetahuan terhadap KB dengan partisipasi pria dalam KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali tahun 2008	95
Tabel 4.16	Distribusi frekuensi hubungan sikap terhadap KB dengan partisipasi pria dalam KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali tahun 2008	96
Tabel 4.17	Distribusi frekuensi hubungan sosial budaya terhadap KB dengan partisipasi pria dalam KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali tahun 2008	98

Tabel 4.18	Distribusi frekuensi hubungan Akses pelayanan KB dengan partisipasi pria dalam KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali tahun 2008	99
Tabel 4.19	Distribusi frekuensi hubungan kualitas pelayanan KB dengan partisipasi pria dalam KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali tahun 2008	101
Tabel 4.20	Ringkasan hasil analisis statistik hubungan variabel bebas dan terikat menggunakan uji Chi Square pada alpha 5% penelitian di kecamatan Selo kabupaten Boyolali tahun 2008	103
Tabel 4.21	Ringkasan hasil analisis regresi bivariat menggunakan metode Enter variabel bebas penelitian di kecamatan Selo kabupaten Boyolali tahun 2008	104
Tabel 4.22	Ringkasan hasil analisis regresi multivariat menggunakan regresi logistik metode Enter variabel bebas penelitian di kecamatan Selo kabupaten Boyolali tahun 2008	105

DAFTAR GRAFIK

No. Grafik	Judul Grafik	Halaman
Grafik 1.1	Tren Pemakaian Kontrasepsi di Indonesia tahun 1994, 199, 2002/2003 (SDKI)	4
Grafik 1.2	Prosentase Peserta KB Aktif menurut Jenis Kontrasepsi yang Digunakan	6
Grafik 1.3	Peserta KB Aktif Metode Kontrasepsi Pria di kabupaten Boyolali bulan Februari 2008	13

DAFTAR GAMBAR

No. Gambar	Judul Gambar	Halaman
Gambar 2.1	Kerangka Pikir Konseptual Permintaan KB serta Dampak pada Fertilitas (dimodifikasi dari Bertrand et al, 1994)	36
Gambar 2.2	Kerangka Pikir Konseptual Faktor Persediaan KB (dimodifikasi dari Bertrand et al, 1994)	53
Gambar 2.3	Kerangka Teori	62
Gambar 3.1	Kerangka Konsep	64

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	: Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas
Lampiran 2	: Lembar Permohonan Menjadi Responden
Lampiran 3	: Lembar Kesanggupan Menjadi Responden
Lampiran 4	: Kuesioner Penelitian
Lampiran 5	: Pedoman Wawancara Mendalam
Lampiran 6	: Hasil Uji Normalitas
Lampiran 7	: Hasil Analisis Univariat
Lampiran 8	: Hasil Analisis Bivariat
Lampiran 9	: Hasil Analisis Multivariat
Lampiran 10	: Transkrip Wawancara Mendalam
Lampiran 11	: Surat Ijin Penelitian

DAFTAR SINGKATAN

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKI	: Angka Kematian Ibu
BKBD	: Badan Keluarga Berencana Daerah
BKKBN	: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
ICPD	: <i>The International Conference on Population and Development</i>
KB	: Keluarga Berencana
KIE	: Komunikasi Informasi dan Edukasi
KIP	: Komunikasi Inter Personal
KR	: Kesehatan Reproduksi
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
MOP	: Metode Operasi Pria
MOW	: Metode Operasi Wanita
OP	: Operasi
P2KP-KB/KR	: Pusat Pelatihan Klinik Primer- Keluarga Berencana/Kesehatan Reproduksi
PA	: Peserta Aktif
PLKB	: Petugas Lapangan Keluarga Berencana
PMS	: Penyakit Menular Seksual
PPM	: Perkiraan Permintaan Masyarakat
PUS	: Pasangan Usia Subur
SDKI	: Survei Demografi Kesehatan Indonesia
SOP	: <i>Standard Operation Procedure</i>
TFR	: <i>Total Fertility Rate</i>
TOGA	: Tokoh Agama
TOMA	: Tokoh Masyarakat

ABSTRAK

SRI MADYA BHAKTI EKARINI

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERPENGARUH TERHADAP
PARTISIPASI PRIA DALAM KELUARGA BERENCANA DI KECAMATAN
SELO KABUPATEN BOYOLALI**

xv + 108 halaman + 25 tabel + 3 grafik + 4 gambar + 11 lampiran

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih sangat tinggi bila dibandingkan dengan negara-negara ASEAN lainnya. Kebijakan Departemen Kesehatan dalam upaya mempercepat penurunan AKI pada dasarnya mengacu kepada intervensi strategis "Empat Pilar *Safe Motherhood*", yaitu pilar pertama Keluarga Berencana. Dalam Keluarga Berencana masalah utama yang kita hadapi saat ini adalah rendahnya partisipasi laki-laki dalam pelaksanaan program KB dan Kesehatan Reproduksi. Studi pendahuluan yang dilaksanakan di BKBD Boyolali pada bulan Februari 2008 didapatkan data bahwa persentase partisipasi pria dalam ber-KB masih rendah. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh terhadap partisipasi pria dalam Keluarga Berencana di kecamatan Selo kabupaten Boyolali.

Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional dengan metode penelitian survei analitik dan pendekatan *cross sectional* terhadap 194 pria Pasangan Usia Subur. Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik sampling *Simple Random Sampling*.

Hasil penelitian diperoleh ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan terhadap KB (p value = 0.0001), sikap terhadap KB (p value = 0.005), sosial budaya terhadap KB (p value = 0.024), akses pelayanan KB (p value = 0.0001), kualitas pelayanan KB (p value = 0.0001) dengan Partisipasi pria dalam Keluarga Berencana. Ada pengaruh antara variabel pengetahuan terhadap KB (OR = 18.712), kualitas pelayanan KB (OR = 17.152), sikap terhadap KB (OR = 5.663), akses pelayanan KB (OR = 5.228), sosial budaya terhadap KB (OR = 2.020) terhadap partisipasi pria dalam Keluarga Berencana.

Saran yang dapat diberikan adalah perlunya peningkatan Komunikasi Informasi Edukasi melalui paguyuban atau kelompok KB pria tentang alat kontrasepsi pria untuk meningkatkan pengetahuan pria tentang alat kontrasepsi.

Kata kunci : partisipasi pria dalam KB.
Kepustakaan : 67 (1988-2008).

**Master's Degree of public Health Program
Majoring in Administration and Health Policy
Sub Majoring in Maternal and Child Health Management
Diponegoro University
2008**

ABSTRACT

Sri Madya Bhakti Ekarini

Analysis of factors that influence to Men's participation in Family Planning in Selo district of Boyolali regency.

xv + 108 pages + 25 tables + 3 graphic + 4 figures + 11 enclosures

Maternal Mortality Rate (MMR) in Indonesia is still very high if it is compared with other ASEAN's countries. Health department's policy in the effort to decrease is basically refers to strategic intervention "four pillars *Safe Motherhood*", namely is Family Planning is the first pillar. In Family Planning, the main problem that we face in this time is the low of men's participation in Family Planning program and Reproductive Health. The recent study that is carried out at BKBD Boyolali on February 2008 got the data that men's participation percentage in Family Planning program is still low. Aim of this research was to analysis of factors that influence to Men's participation in Family Planning in Selo district of Boyolali regency.

Type of this research was observational with survey analytic research method and *cross sectional* approach towards 194 fertile age pair men. Sample was carried out with *Simple Random Sampling*.

The result of research that have significant relationship knowledge towards Family Planning (p value = 0.0001), attitude towards Family Planning (p value = 0.005), Social Culture towards Family Planning (p value = 0.024), Access to Family Planning services (p value = 0.0001), Quality to Family Planning services (p value = 0.0001) with men's participation in Family Planning. That have influence of knowledge towards Family Planning (OR = 18.712), Quality to Family Planning services (OR = 17.152), attitude towards Family Planning (OR = 5.663), Access to Family Planning services (OR = 5.228), Social Culture towards Family Planning (OR = 2.020) towards men's participation in Family Planning.

The suggestion that can be given is the importance of Education Information Communication enhancing by society or men's group of Family Planning about men's contraception tool to increase men's knowledge about contraception tool.

Keyword : men's participation in Family Planning.

Bibliography : (1988-2008).

BERITA ACARA PERBAIKAN TESIS

NAMA : SRI MADYA BHAKTI EKARINI

NIM : E4A006053

JUDUL :

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERPENGARUH TERHADAP
PARTISIPASI PRIA DALAM KELUARGA BERENCANA DI KECAMATAN
SELO KABUPATEN BOYOLALI

No.	Nama Pembimbing/Penguji	Masukan	Tanda Tangan
1.	Dra. Tjondrorini, MKes. (Penguji)	1. Pada latar belakang ditambahkan indikator keberhasilan program KB supaya terlihat permasalahan manajemennya. 2. Visi dan Misi diganti yang baru 3. Pada distribusi frekuensi jawaban responden dipilah antara prosentase yang besar dengan yang kecil	
2.	Dra. Atik Mawarni, MKes. (Penguji)	1. Pada abstrak diperbaiki 2. Tujuan khusus point h dihilangkan 3. Lakukan perbaikan penulisan hasil reliabilitas 4. Keterbatasan penelitian dimasukkan BAB IV 5. Pada hipotesis penelitian point ke 7 dihilangkan 6. Dilakukan perhitungan sampel penelitian 7. Lakukan perbaikan penulisan tabel 8. Untuk penulisan pembahasan diletakan langsung di bawah hasil penelitian 9. Teliti crostab variabel sosial budaya terhadap KB	
3.	dr. Bagoes Widjanarko, MPH. (Pembimbing Utama)	Lakukan perbaikan tesis sesuai dengan masukan yang telah diberikan.	
4.	dr. Anneke Suparwati, MPH. (Pembimbing Pendamping)	1. Lakukan perbaikan pada kategori karakteristik responden untuk umur dan pendapatan 2. Lakukan perbaikan pada pembahasan distribusi jawaban responden	

**ANALISIS FAKTOR-FAKTOR
YANG BERPENGARUH TERHADAP PARTISIPASI PRIA
DALAM KELUARGA BERENCANA
DI KECAMATAN SELO KABUPATEN BOYOLALI**



TESIS

**Untuk memenuhi persyaratan
mencapai derajat Sarjana S2**

**Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi
Administrasi & Kebijakan Kesehatan
Minat
Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak**

Oleh :

**Sri Madya Bhakti Ekarini
NIM : E4A006053**

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2008**

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih sangat tinggi bila dibandingkan dengan negara-negara ASEAN lainnya. Pada tahun 1994 (SDKI) AKI di Indonesia adalah 390 per 100.000 kelahiran hidup. Penurunan AKI tersebut sangat lambat, yaitu menjadi 334 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1997 (SDKI) dan 307 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI 2002/2003), sementara pada tahun 2010 ditargetkan menjadi 125 per 100.000 kelahiran hidup. Sedangkan angka kematian bayi (AKB) selama kurun waktu 20 tahun telah berhasil diturunkan secara tajam, yaitu 59 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1989 - 1992 menjadi 35 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 2002 – 2003. Namun angka tersebut masih di atas negara-negara seperti Malaysia 10 per 1000 kelahiran hidup, Thailand 20 per 1000 kelahiran hidup, Vietnam 18 per 1000 kelahiran hidup, Brunei 8 per 1000 kelahiran hidup dan Singapura 3 per 1000 kelahiran hidup dan saat ini mengalami penurunan cukup lambat.^{1,2}

Kebijakan Departemen Kesehatan dalam upaya mempercepat penurunan AKI pada dasarnya mengacu kepada intervensi strategis “Empat Pilar *Safe Motherhood*”, yaitu pilar pertama - keluarga berencana, pilar kedua – pelayanan antenatal, pilar ketiga – persalinan yang aman, pilar keempat – pelayanan obstetri esensial.³

Keluarga Berencana adalah usaha untuk mengontrol jumlah dan jarak kelahiran anak, untuk menghindari kehamilan yang bersifat sementara dengan menggunakan kontrasepsi sedangkan untuk

menghindari kehamilan yang sifatnya menetap yang bisa dilakukan dengan cara sterilisasi.⁴

Pada awalnya pendekatan keluarga berencana lebih diarahkan pada aspek demografi dengan upaya pokok pengendalian jumlah penduduk dan penurunan fertilitas (TFR).⁶ Dimana Program KB nasional merupakan salah satu program untuk meningkatkan kualitas penduduk, mutu sumber daya manusia, kesehatan dan kesejahteraan sosial, yang selama ini dilaksanakan melalui pengaturan kelahiran, pendewasaan usia kawin, peningkatan ketahanan keluarga dan kesejahteraan keluarga.⁵

Namun demikian, konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (ICPD 1994) menyepakati perubahan paradigma, dari pendekatan pengendalian populasi dan penurunan fertilitas, menjadi lebih kearah pendekatan kesehatan reproduksi dengan memperhatikan hak-hak reproduksi dan kesetaraan gender.⁶

Sejalan dengan perubahan paradigma kependudukan dan pembangunan di atas program KB di Indonesia juga mengalami perubahan orientasi dari nuansa demografis ke nuansa kesehatan reproduksi yang di dalamnya terkandung pengertian bahwa KB adalah suatu program yang dimaksudkan untuk membantu pasangan atau perorangan dalam mencapai tujuan reproduksinya. Hal ini mewarnai program KB era baru di Indonesia.¹⁴

Memasuki era baru program KB di Indonesia diperlukan adanya reorientasi dan reposisi program secara menyeluruh dan terpadu. Reorientasi dimaksud terutama ditempuh dengan jalan menjamin kualitas pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi yang lebih baik serta menghargai dan melindungi hak-hak reproduksi yang menjadi bagian integral dari hak-hak azasi manusia yang bersifat universal. Prinsip pokok

dalam mewujudkan keberhasilan program KB dimaksudkan adalah peningkatan kualitas di segala bentuk serta kesetaraan dan keadilan gender melalui pemberdayaan perempuan serta peningkatan partisipasi pria.¹⁴

Disisi lain dengan berubahnya paradigma tersebut pelayanan KB dalam pengelolaan masalah kependudukan dan pembangunan dipandang dari pendekatan pengendalian populasi dan penurunan fertilitas menjadi pendekatan yang berfokus pada kesehatan reproduksi serta hak-hak reproduksi harus lebih berkualitas dan memperhatikan hak-hak dari klien atau masyarakat dalam memilih metode kontrasepsi yang diinginkan. Paling tidak, pelayanan Keluarga Berencana (KB) dapat memberikan metode-metode kontrasepsi yang seimbang, beragam dan aman terpercaya yang dapat digunakan oleh masing-masing Pasangan Usia Subur (PUS).⁹

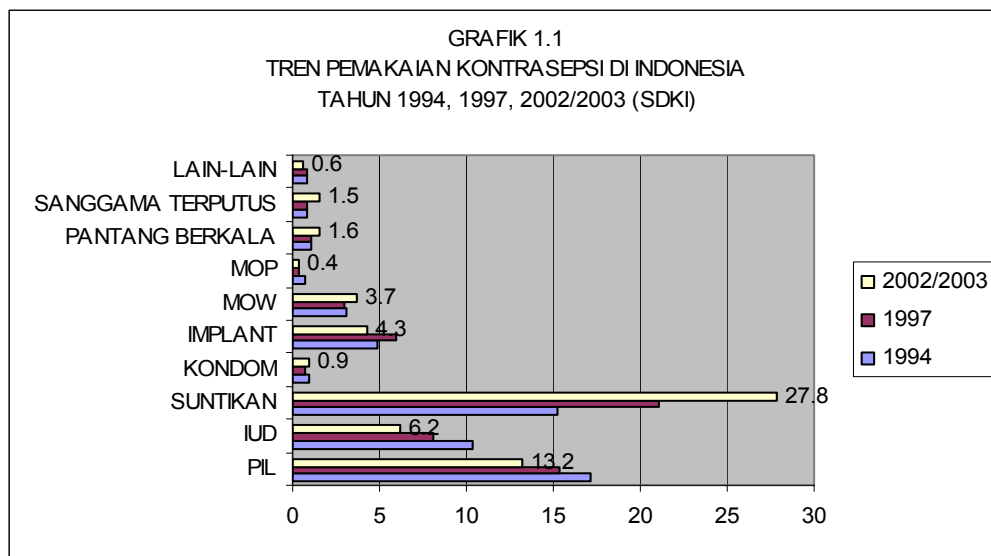
Meskipun pemerintah Indonesia telah mulai melaksanakan pembangunan yang berorientasi pada kesetaraan dan keadilan gender, namun demikian, masalah utama yang kita hadapi saat ini adalah rendahnya partisipasi laki-laki dalam pelaksanaan program KB dan Kesehatan Reproduksi.¹¹

Sasaran Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) tahun 2004-2009 dijelaskan bahwa partisipasi pria menjadi salah satu indikator keberhasilan program KB dalam memberikan kontribusi yang nyata untuk mewujudkan keluarga kecil berkualitas.⁴⁰

Partisipasi pria/suami dalam KB adalah tanggung jawab pria/suami dalam kesertaan ber-KB, serta berperilaku seksual yang sehat dan aman bagi dirinya, pasangan dan keluarganya. Bentuk partisipasi pria/suami dalam KB dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Partisipasi

pria/suami secara langsung (sebagai peserta KB) adalah pria/suami menggunakan salah satu cara atau metode pencegahan kehamilan, seperti kondom, *vasektomi* (kontap pria), serta KB alamiah yang melibatkan pria/suami (metode sanggama terputus dan metode pantang berkala).⁴⁰

Partisipasi laki-laki baik dalam praktek KB maupun dalam pemeliharaan Kesehatan Ibu dan Anak termasuk pencegahan kematian Maternal hingga saat ini masih rendah.¹¹ Untuk menurunkan Angka Kematian Ibu, diperlukan gerakan nasional yang juga melibatkan semua pihak dengan program dan kegiatan yang komprehensif, terkait terukur dan seimbang yang pada akhirnya peran pria/suami dalam program KB akan mampu mendorong peningkatan kualitas pelayanan KB, peningkatan kesetaraan dan keadilan gender, peningkatan penghargaan terhadap hak asasi manusia, dan berpengaruh positif dalam mempercepat penurunan angka kelahiran total (TFR), penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), dan penurunan Angka Kematian Bayi (AKB).⁵⁷ Grafik ini menunjukkan tren pemakaian kontrasepsi di Indonesia.

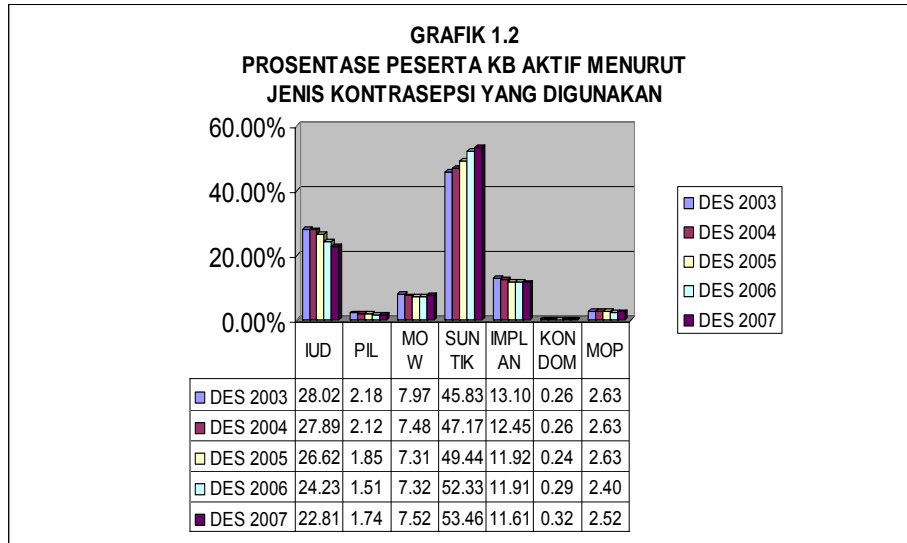


Sumber : BKKBN Bandung (2007)¹⁰

Dari grafik 1.1 diatas menggambarkan metode kontrasepsi yang lazim digunakan di Indonesia yaitu metode kontrasepsi dengan jenis hormonal seperti suntik (27.8%), pil (13.2%) dan implant (4.3%) ataupun kontrasepsi jenis non hormonal seperti IUD (6.2%), kontrasepsi mantap seperti MOW (3.7%) dan MOP (0.4%) serta metode kontrasepsi sederhana tanpa alat seperti metode pantang berkala (1.6%), sanggama terputus (1.5%), dan metode kontrasepsi sederhana dengan alat seperti kondom (0.9%) dan lain-lain (0.6%). Gambaran yang sama juga terlihat berdasarkan data statistik BKKBN (2004) dimana dapat diketahui jumlah peserta KB perempuan mencapai 98.1% dan laki-laki 1.8%.

Metode kontrasepsi diharapkan dapat digunakan secara efektif oleh Pasangan Usia Subur (PUS) baik wanita atau istri maupun pria atau suami sebagai sarana pengendalian kelahiran. Idealnya, penggunaan alat kontrasepsi terlebih bagi pasutri (pasangan suami istri) merupakan tanggung jawab bersama antara pria dan wanita, sehingga metode yang dipilih mencerminkan kebutuhan serta keinginan suami istri tanpa mengesampingkan hak reproduksi masing-masing. Setidak-tidaknya dibutuhkan perhatian, kepedulian dan partisipasi pria dalam menentukan penggunaan alat kontrasepsi. Akan tetapi dari jenis alat kontrasepsi dan pengguna alat kontrasepsi tersebut lebih didominasi oleh wanita, sedangkan jenis pengguna alat kontrasepsi pria relatif lebih sedikit penggunaannya.⁸

Dari Data Umpan Balik Hasil Pelaksanaan Program KB Nasional di kabupaten Boyolali, pada aspek Keluarga Berencanapun masih menunjukkan tingginya proporsi pemakaian kontrasepsi perempuan. Grafik di bawah ini menunjukkan prosentase peserta KB Aktif menurut jenis kontrasepsi yang digunakan.



Sumber : BKBD kabupaten Boyolali (2007)¹²

Dari grafik 1.2 terlihat bahwa selama lima tahun (tahun 2003 sampai dengan 2007) prosentase jenis kontrasepsi dan penggunaan kontrasepsi tersebut lebih didominasi oleh wanita (IUD, pil, MOW, suntik, implan), dan partisipasi pria secara langsung dalam Keluarga Berencana masih rendah yaitu tahun 2003 dan 2004 : 2.89%, tahun 2005 : 2.87%, tahun 2006 : 2.69%, dan tahun 2007 : 2.84%.

Rendahnya partisipasi pria dalam keluarga berencana dan kesehatan reproduksi pada dasarnya tidak terlepas dari operasional program KB yang selama ini dilaksanakan mengarah kepada wanita sebagai sasaran. Demikian juga masalah penyediaan alat kontrasepsi yang hampir semuanya untuk wanita, sehingga terbentuk pola pikir bahwa para pengelola dan pelaksana program mempunyai persepsi yang dominan yakni yang hamil dan melahirkan adalah wanita, maka wanitalah yang harus menggunakan alat kontrasepsi.¹⁵ Oleh sebab itu, semenjak tahun 2000 pemerintah secara tegas telah melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan partisipasi pria dalam keluarga berencana dan kesehatan reproduksi melalui kebijakan-kebijakan yang telah ditetapkan.¹⁹

Kabupaten Boyolali merupakan salah satu kabupaten yang faktor perhatian program Keluarga Berencana tidak hanya terfokus pada perempuan atau istri tetapi juga pada pria atau suami, hal ini terbukti hasil Rapat Kerja Daerah Program KB Nasional kabupaten Boyolali tahun 2007, untuk meningkatkan partisipasi pria dalam keluarga berencana akan dikembangkan Program KB Pria di 10 Kecamatan, yaitu Ampel, Cepogo, Musuk, Selo, Mojosongo, Karanggede, Nogosari, Ngemplak, Banyudono, dan Sambi.¹³

Program KB pria telah dilaksanakan di salah satu kecamatan yaitu di kecamatan Selo dan hasilnya pada tanggal 08 Nopember 2007 kabupaten Boyolali meraih juara I tingkat provinsi Kelompok KB Pria Ngudi Raharjo desa Senden, kecamatan Selo.¹³ Inilah suatu keberhasilan penerapan program peningkatan partisipasi pria dalam Keluarga Berencana dengan dikeluarkannya surat Keputusan Kepala Desa Senden Nomor: 476/016/01/2006 tentang Pembentukan Paguyuban Keluarga Berencana Prio Utomo Ngudi Raharjo pada 11 Januari 2006 sebagai pusat informasi KB pria dan juga Surat Keputusan Kepala Badan Keluarga Berencana Daerah Kabupaten Boyolali Nomor : 476/201/852/2007 tentang Penunjukan Tim Penilai Kelompok KB Pria Terbaik tahun 2007, serta keberhasilan KIE yang dilakukan petugas KB, PKK, ulama dan lain-lain. Atas jerih payahnya, hasilnya masyarakat di lereng gunung Merbabu yang cukup unik dan mempunyai fenomena tersendiri ini. Mereka telah membuktikan bahwa dengan ber-KB MOP dijamin aman, praktis, kuantitas maupun kualitas sex tinggi dan tidak diragukan lagi (dibanding sebelum OP), stamina tidak terganggu dan ternyata bagi ibu merasa puas tanpa kecurigaan yang berlebihan, terhadap sisi negatif ber-KB OP, karena mental spiritual sudah terbangun.¹³

Menurut Bertrand (1994) bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pemakaian kontrasepsi, antara lain : faktor sosial dan individu, nilai anak dan keinginan memilikinya, permintaan KB, faktor intermediate lain (Umur *Menarchea*, Umur kawin, Mati Haid, *Postpartum infecundability*., *Fecundabilitas*, Anak Lahir mati, Aborsi disengaja), program pembangunan, faktor persediaan KB, output pelayanan (akses, kualitas pelayanan, image), pemanfaatan pelayanan.²³

Faktor yang mempengaruhi partisipasi pria dalam Keluarga Berencana dapat menggunakan pendekatan faktor perilaku pada kerangka kerja PRECEDE dari Green (1991). Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku ada 3 faktor utama, yaitu : faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor penguat (*reinforcing factors*).³²

Banyak faktor yang menyebabkan rendahnya pria dalam KB dan KR yang dilihat dari berbagai aspek, yaitu dari sisi klien pria itu sendiri (pengetahuan, sikap dan praktek serta kebutuhan yang ia inginkan), faktor lingkungan yaitu sosial, budaya, masyarakat dan keluarga/istri, keterbatasan informasi dan aksesabilitas terhadap pelayanan KB pria, keterbatasan jenis kontrasepsi pria. Sementara persepsi yang ada di masyarakat masih kurang menguntungkan.¹⁸

Menurut BKKBN (2003) hal yang mendasar dalam pelaksanaan pengembangan program partisipasi pria untuk mewujudkan keadilan dan kesetaraan gender adalah dalam bentuk perubahan kesadaran, sikap, dan perilaku pria atau suami maupun isterinya tentang Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi. Untuk meningkatkan kesertaan KB pria, yang utama hendaklah diberi pengetahuan yang cukup tentang KB dan Kesehatan Reproduksi. Pengelola seyogyanya memahami, pengetahuan,

sikap dan perilaku dalam berbagai isu serta memahami dalam hubungan pembagian kekuasaan antara pria dan wanita.¹⁹

Kurang berperannya suami dalam program Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi disebabkan oleh pengetahuan suami mengenai KB secara umum relatif rendah, sebagaimana terungkap pada penelitian Suherni, dkk (1999) bahwa pria yang mengetahui secara lengkap tentang alat kontrasepsi wanita dan pria hanya 6.2%. Itupun hanya diantara pria/suami yang menggunakan alat kontrasepsi.³⁸ Hasil studi kualitatif BKKBN di DKI dan DIY tahun 1999, memperlihatkan bahwa sebagian besar pria mengetahui tujuan KB yaitu untuk mengatur kelahiran, membentuk keluarga yang bahagia serta menyadari bahwa KB itu penting.²⁸ Hasil yang relatif sama juga dijumpai dari temuan studi di Jawa Tengah dan Jawa Timur (2001) yang dilakukan 393 pria kawin. Hasil studi ini memperlihatkan bahwa pengetahuan pria tentang pengertian dan tujuan KB pada umumnya cukup baik meskipun belum semua dapat menerangkan secara jelas. Lebih dari setengah responden (58%) menyatakan bahwa KB bermaksud untuk mengatur jarak kelahiran, sebesar 43,5% mengetahui bahwa KB bertujuan untuk mencegah kehamilan, dan yang mengetahui bahwa dengan menjadi peserta KB dapat membatasi kelahiran disampaikan oleh responden sebanyak 41.2%.²⁶

Rendahnya penggunaan kontrasepsi di kalangan pria diperparah oleh kesan selama ini bahwa program KB hanya diperuntukan bagi wanita, sehingga pria lebih cenderung bersifat pasif. Hal ini juga nampak dari kecenderungan pengguna tenaga perempuan sebagai petugas dan promotor untuk kesuksesan program KB, padahal praktek KB merupakan permasalahan keluarga, dimana permasalahan keluarga adalah

permasalahan sosial yang berarti juga merupakan permasalahan pria dan wanita. Disamping itu kurangnya partisipasi pria dalam penggunaan alat kontrasepsi adalah karena keterbatasan metode untuk pengaturan fertilitas yang dapat dipilih pria. Secara biologis pengendalian fertilitas pria lebih sulit dibanding wanita karena pria selalu dalam kondisi subur dengan jumlah sperma yang dihasilkan sangat banyak. Masalah lain untuk mengembangkan metode kontrasepsi baru bagi pria adalah kebutuhan dana yang sangat besar, sehingga menimbulkan hambatan dalam pengembangannya.³⁸

Hal tersebut sama dengan pendapat Dreman and Robey (1998), yang menyebutkan alasan rendahnya partisipasi pria dalam penggunaan alat kontrasepsi adalah adanya pandangan dalam program KB bahwa wanita merupakan klien utama karena wanita yang menjadi hamil, sehingga banyak metode kontrasepsi yang didesain untuk wanita, sedangkan metode kontrasepsi bagi pria sangat terbatas pengembangannya.³⁹ Selanjutnya Rob, dkk (1999) mengatakan bahwa eksklusi pria dari program KB menjadi faktor penentu keterbatasan program KB yang dapat dicapai.⁴³

Penggunaan metode kontrasepsi modern bagi pria di Indonesia kurang dapat berkembang sebagaimana yang diharapkan. Rendahnya keterlibatan pria dalam penggunaan metode kontrasepsi mantap (*vasektomi*) diakibatkan oleh adanya kekhawatiran para bapak setelah *vasektomi* mereka akan kehilangan kejantanannya. Hal ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan di Zambia oleh Chirambo (1992) bahwa pria takut terjadi impotensi karena *vasektomi*. Juga adanya salah persepsi dan pandangan yang negatif bahwa *vasektomi* itu sama dengan pengebiran, sehingga pria enggan untuk menjalani *vasektomi*.⁴⁵

Ditinjau dari sudut keadaan sosial masyarakat dan budaya tentang kontrasepsi pria, menurut pandangan TOMA/TOGA, keterlibatan suami/pria dalam KB adalah memberikan kesempatan kepada istri untuk istirahat, tidak repot. Tetapi untuk ikut MOP masyarakat masih banyak yang belum berminat dan TOMA kurang menganjurkan karena situasi yang belum mendukung.¹⁸ Tidak mudah masyarakat menerima agar pria berpartisipasi aktif dalam program KB karena berbagai alasan. Hambatan budaya masih dominan terhadap kontrasepsi pria, khususnya kontrasepsi mantap.⁴⁰ Hal tersebut didukung pendapat BKKBN (2007) bahwa kesertaan ber KB pria rendah terjadi karena faktor sosial budaya yang beranggapan bahwa KB adalah urusan perempuan sehingga pria tidak perlu berperan.⁷

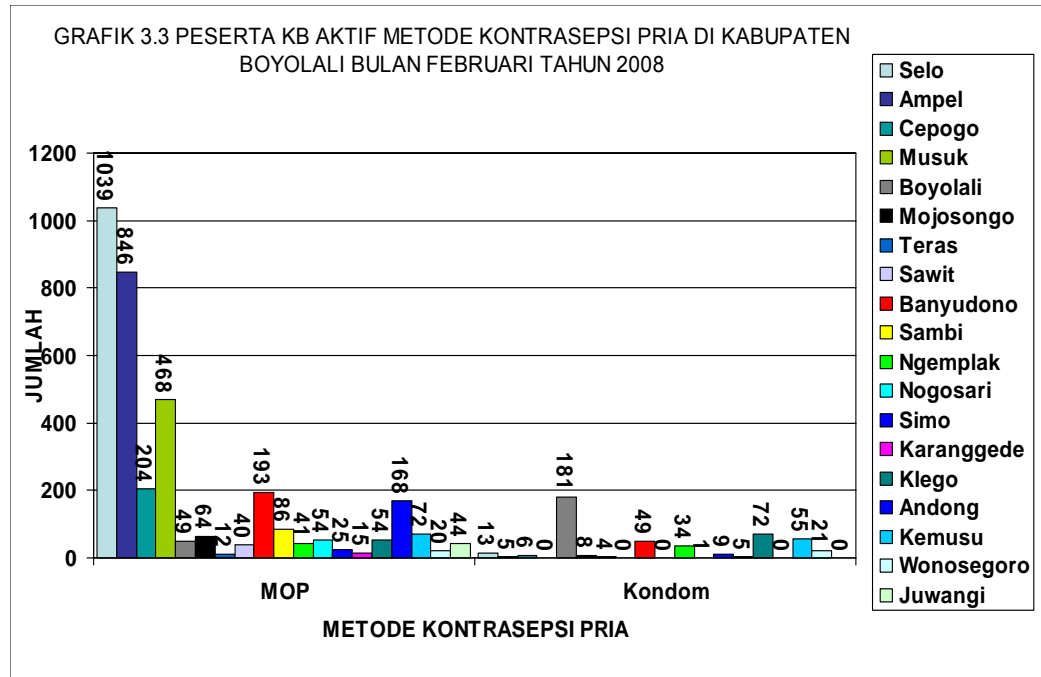
Hasil penelitian Suprihastuti (2000) menyatakan bahwa adanya kemudahan dan ketersediaan sarana pelayanan ternyata berdampak positif terhadap penggunaan sesuatu alat kontrasepsi.³³ Aksesibilitas pria terhadap informasi mengenai KB rendah karena masih terbatasnya informasi tentang peranan pria dalam KB dan KR; dan aksesibilitas pria terhadap sarana pelayanan kontrasepsi rendah. Dimana Puskesmas terdapat pelayanan KIA yang umumnya melayani Ibu dan Anak saja sehingga pria merasa enggan untuk konsultasi dan mendapat pelayanan, demikian pula terbatasnya jumlah sarana pelayanan yang dapat memenuhi kebutuhan pria serta waktu buka sarana pelayanan tersebut.⁵⁹

Menurut BKKBN (2005) upaya peningkatan partisipasi pria terkendala oleh beberapa ketentuan peraturan daerah yang belum mengakomodir jenis kontrasepsi mantap pria, seperti halnya aspek biaya yang harus ditanggung peserta terlalu tinggi karena masuk rumpun tindakan operasi di rumah sakit umum daerah (RSUD). Dilain pihak biaya bantuan yang

tersedia dari BKKBN jumlahnya terbatas dan tidak mampu menutupi biaya yang ditetapkan daerah. Penggunaan dana Asuransi keluarga miskin (ASKES GAKIN) belum lancar sebagaimana diharapkan. Kesepakatan antara pihak asuransi dengan pihak BKKBN sebagai penyedia data dan distribusi Kartu Askes masih mewarnai permasalahan di lapangan. Pelayanan Kontap juga terkendala oleh ketersediaan dan kesiapan tenaga pelayanan, dukungan sarana pelayanan juga menjadikendala di beberapa daerah, tenaga terlatih sudah banyak yang alih tugas, peralatan kurang lengkap.⁴⁰

Terbatasnya akses pelayanan KB pria dan kualitas pelayanan KB pria belum memadai juga merupakan aspek yang mempengaruhi rendahnya partisipasi pria dalam Keluarga Berencana.²²

Gambaran permasalahan seperti telah diuraikan di atas juga dirasakan di kabupaten Boyolali pada umumnya, dan kecamatan Selo pada khususnya. Hal ini tercermin dari data sekunder pada studi pendahuluan yang dilaksanakan di BKBD Boyolali pada bulan Februari 2008 didapatkan data Umpan Balik Hasil Pelaksanaan Program KB Nasional kabupaten Boyolali bahwa prosentase partisipasi pria dalam ber-KB masih rendah yaitu 2.87% (metode kondom sebesar 0.34% dan *vasektomi* sebesar 2.53%). Pencapaian bulan Februari 2008 masih di bawah target Rencana Panjang Jangka Menengah Daerah (RPJMD) tahun 2008 yaitu sebesar 3.82%.¹⁶ Dari ke sembilan belas Kecamatan, kecamatan Selo merupakan Kecamatan dengan jumlah pengguna metode kontrasepsi Pria yang paling banyak sebesar 1.039 pria menggunakan MOP dan 13 menggunakan kondom. Grafik 3.3 di bawah ini menunjukkan Peserta KB Aktif menurut metode Kontrasepsi Pria bulan Februari 2008 di kabupaten Boyolali.



Sumber : BKBD kabupaten Boyolali (2008)¹⁶.

Sebagaimana telah dirumuskan BKKBN (2005) sebagai upaya untuk meningkatkan partisipasi pria dapat dilakukan dengan meningkatkan komitmen dan penerimaan KB di masyarakat, meningkatkan keterjangkauan (akses), dan meningkatkan kualitas pelayanan.⁴⁰

B. RUMUSAN MASALAH

Kebijakan Departemen Kesehatan dalam upaya mempercepat penurunan AKI pada dasarnya mengacu kepada intervensi strategis “Empat Pilar *Safe Motherhood*”, yaitu pilar pertama - keluarga berencana.

Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (ICPD 1994) menyepakati perubahan paradigma, dari pendekatan pengendalian populasi dan penurunan fertilitas, menjadi lebih kearah pendekatan kesehatan reproduksi dengan memperhatikan hak-hak reproduksi dan kesetaraan gender.

Meskipun pemerintah Indonesia telah mulai melaksanakan pembangunan yang berorientasi pada kesetaraan dan keadilan gender, namun demikian, masalah utama yang kita hadapi saat ini adalah rendahnya partisipasi laki-laki dalam pelaksanaan program KB dan Kesehatan Reproduksi.

Menurut Bertrand (1994) bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pemakaian kontrasepsi, antara lain : faktor sosial dan individu, nilai anak dan keinginan memilikinya, permintaan KB, faktor intermediate lain (Umur *Menarchea*, Umur kawin, Mati Haid, *Postpartum infecundability*., *Fecundabilitas*, Anak Lahir mati, Aborsi disengaja), program pembangunan, faktor persediaan KB, output pelayanan (akses, kualitas pelayanan, image), pemanfaatan pelayanan.

Faktor yang mempengaruhi partisipasi pria dalam Keluarga Berencana dapat menggunakan pendekatan faktor perilaku pada kerangka kerja PRECEDE dari Green (1991). Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku ada 3 faktor utama, yaitu : faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor penguat (*reinforcing factors*).

Banyak faktor yang menyebabkan rendahnya pria dalam KB dan KR yang dilihat dari berbagai aspek, yaitu dari sisi klien pria itu sendiri (pengetahuan, sikap dan praktek serta kebutuhan yang ia inginkan), faktor lingkungan yaitu sosial, budaya, masyarakat dan keluarga/istri, keterbatasan informasi dan aksesabilitas terhadap pelayanan KB pria, keterbatasan jenis kontrasepsi pria. Sementara persepsi yang ada di masyarakat masih kurang menguntungkan.

Gambaran permasalahan seperti telah diuraikan di atas juga dirasakan di kabupaten Boyolali pada umumnya, dan kecamatan Selo pada

khususnya. Hal ini tercermin dari data sekunder pada studi pendahuluan yang dilaksanakan di BKBD Boyolali pada bulan Februari 2008 didapatkan data Umpan Balik Hasil Pelaksanaan Program KB Nasional kabupaten Boyolali bahwa prosentase partisipasi pria secara langsung dalam ber-KB masih rendah yaitu 2.87% (metode kondom sebesar 0.34% dan *vasektomi* sebesar 2.53%). Pencapaian bulan Februari 2008 masih di bawah target Rencana Panjang Jangka Menengah Daerah (RPJMD) tahun 2008 yaitu sebesar 3.82%. Dari ke sembilan belas Kecamatan, kecamatan Selo merupakan Kecamatan dengan jumlah pengguna metode kontrasepsi Pria yang paling banyak sebesar 1.039 pria menggunakan MOP dan 13 menggunakan kondom.

C. PERTANYAAN PENELITIAN

Berdasarkan latar belakang dan perumusan masalah, maka dirumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut :

1. Bagaimana gambaran karakteristik responden meliputi umur, pendidikan, jumlah anak, pendapatan, pengetahuan terhadap KB, sikap terhadap KB, sosial budaya terhadap KB, akses pelayanan KB, kualitas pelayanan KB.
2. Apakah pengetahuan terhadap KB, sikap terhadap KB, sosial budaya terhadap KB, akses pelayanan KB, kualitas pelayanan KB berpengaruh terhadap partisipasi pria dalam Keluarga Berencana.

D. TUJUAN PENELITIAN

1. TUJUAN UMUM

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh terhadap partisipasi pria dalam Keluarga Berencana di kecamatan Selo kabupaten Boyolali.

2. TUJUAN KHUSUS

- a. Mengetahui gambaran karakteristik responden meliputi umur, pendidikan, jumlah anak, pendapatan, pengetahuan terhadap KB, sikap terhadap KB, sosial budaya terhadap KB, akses pelayanan KB, kualitas pelayanan KB.
- b. Menganalisis hubungan pengetahuan terhadap KB dengan partisipasi pria dalam KB
- c. Menganalisis hubungan sikap terhadap KB dengan partisipasi pria dalam KB
- d. Menganalisis hubungan sosial budaya terhadap KB dengan partisipasi pria dalam KB
- e. Menganalisis hubungan akses pelayanan KB dengan partisipasi pria dalam KB
- f. Menganalisis hubungan kualitas pelayanan KB dengan partisipasi pria dalam KB
- g. Menganalisis faktor dominan yang paling berpengaruh terhadap partisipasi pria dalam KB

E. RUANG LINGKUP

1. Lingkup masalah

Masalah dibatasi pada faktor-faktor yang berpengaruh terhadap partisipasi pria dalam Keluarga Berencana

2. Lingkup keilmuan

Analisis kebijakan program Keluarga Berencana

3. Lingkup metode

Metode yang digunakan adalah metode penelitian survey analitik dengan pendekatan *cross sectional*.

4. Lingkup lokasi

Lokasi penelitian ini adalah kecamatan Selo kabupaten Boyolali

5. Lingkup waktu

Pelaksanaan penelitian pada tahun 2008

F. MANFAAT PENELITIAN

1. Bagi BKBD kabupaten Boyolali

Sebagai bahan masukan dalam upaya penggalakan Program KB Pria di 10 Kecamatan dengan mempertimbangkan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap partisipasi pria dalam Keluarga Berencana.

2. Bagi Puskesmas

Sebagai bahan masukan bagi pemberi pelayanan terutama pelayanan KB untuk lebih memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai dengan kebutuhan akseptor dengan meningkatkan kualitas pelayanan.

3. Bagi peneliti

Sebagai khasanah dalam menambah wawasan pengetahuan, dan pengalaman berharga di bidang penelitian.

G. KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

Judul	Penulis/tahun	Variabel yang diteliti	Aplikasi statistik	Hasil
Studi kualitatif alasan akseptor laki-laki tidak memilih medis operatif pria sebagai kontrasepsi pilihan di desa Timpik kecamatan Susukan kabupaten Semarang	Titik Wijayanti/ 2004	Umur, pendidikan, pengetahuan, agama, jumlah anak, ekonomi/pendapatan, sosial budaya	Studi kualitatif Pendekatan fenomenologis	Responden tidak memilih Metode Operatif Pria karena faktor biaya yang mahal, belum membudayanya metode ini, menyebabkan alat vitalnya tidak sempurna sehingga mengurangi kenikmatan hubungan suami istri, tidak diperbolehkan oleh agama yang mereka anut, belum pernah mendapat penyuluhan mengenai metode vasektomi, masih ingin punya anak dan tidak menyukai metode ini.
Hubungan antara persepsi suami tentang alat kontrasepsi pria dengan penggunaan alat kontrasepsi pria di kabupaten Bantul	Nunuk Sri Purwanti /2004	Persepsi suami tentang alat kontrasepsi pria	Studi kuantitatif Pendekatan <i>case control</i>	Ada hubungan yang signifikan antara persepsi positif tentang alat kontrasepsi pria dengan penggunaan alat kontrasepsi pria (OR=5,05).
Faktor-faktor yang mempengaruhi pria dalam memilih metode kontrasepsi di desa Mudal kecamatan Boyolali kabupaten Boyolali	Umi Susilowati/ 2006	Tingkat pendidikan, ekonomi, lingkungan, sarana kesehatan	Studi kuantitatif Pendekatan <i>cross sectional</i>	Tingkat pendidikan, ekonomi, lingkungan dan sarana kesehatan tidak berpengaruh secara signifikan terhadap pemilihan kontrasepsi oleh pria.

Lanjutan Tabel Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

Judul	Penulis/tahun	Variabel yang diteliti	Aplikasi statistik	Hasil
Faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan metode kontrasepsi pria di desa Jatitengah kecamatan Sukodono kabupaten Sragen	Nurwanti/ 2007	Ekonomi, pendidikan, pengetahuan	Studi kuantitatif Pendekatan <i>cross sectional</i>	Ada pengaruh antara faktor ekonomi dan pendidikan terhadap penggunaan metode kontrasepsi pria, serta tidak ada pengaruh antara faktor pengetahuan terhadap penggunaan kontrasepsi pria

Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan adalah pada faktor-faktor yang berpengaruh terhadap partisipasi pria dalam KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali, meliputi pengetahuan terhadap KB, sikap terhadap KB, sosial budaya terhadap KB, akses/keterjangkauan pelayanan KB, kualitas pelayanan KB. Dengan rancangan penelitian *cross sectional* dan sumber data yang digunakan adalah data primer dan data sekunder.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Keluarga Berencana

1. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga Berencana adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera.²⁴ KB artinya mengatur jumlah anak sesuai kehendak Anda, dan menentukan sendiri kapan Anda ingin hamil.⁵⁷

Kebijakan dilakukan dengan upaya peningkatan keterpaduan, dan peran serta masyarakat, pembinaan keluarga dan pengaturan kelahiran dengan memperhatikan nilai-nilai agama, keserasian, keselarasan, dan keseimbangan antara jumlah penduduk dengan daya dukung dan daya tampung lingkungan, kondisi perkembangan sosial ekonomi dan sosial budaya serta tata nilai yang hidup dalam masyarakat.²⁴

Salah satu tugas pokok pembangunan KB menuju pembangunan keluarga sejahtera adalah melalui upaya pengaturan kelahiran yang dapat dilakukan dengan pemakaian kontrasepsi. Kontrasepsi merupakan komponen penting dalam pelayanan kesehatan reproduksi sehingga dapat mengurangi resiko kematian dan kesakitan dalam kehamilan. Konsep keluarga kecil dua anak cukup dengan cara mengatur jarak kelahiran melalui berbagai metoda kontrasepsi masih tetap menjadi perhatian program KB di Indonesia dalam era baru saat

ini. *The International Conference on Population and Development* (ICPD) 1994 menyatakan bahwa penggunaan alat kontrasepsi merupakan bagian dari hak-hak reproduksi, yaitu bagian dari hak-hak azasi manusia yang universal. Hak-hak reproduksi yang paling pokok adalah hak setiap individu dan pasangan untuk menentukan kapan akan melahirkan, berapa jumlah anak dan jarak anak yang dilahirkan, serta memilih upaya untuk mewujudkan hak-hak tersebut.^{29, 30}

Program Keluarga Berencana Nasional diatur dalam Undang-Undang Nomor 10 tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera serta diatur lebih lanjut dalam Peraturan Presiden Nomor 7 tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2004-2009. Dalam Peraturan presiden tersebut, pembangunan Keluarga Berencana diarahkan untuk mengendalikan pertumbuhan penduduk serta meningkatkan keluarga kecil berkualitas. Untuk mencapai tujuan tersebut, pembangunan Keluarga Berencana diselenggarakan melalui 4 program pokok yaitu : Program Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi, Program Kesehatan Reproduksi Remaja, Program Ketahanan dan Pemberdayaan Keluarga, dan Program Penguatan Kelembagaan Keluarga Kecil Berkualitas. Dimana program tersebut juga diakomodir di Jawa Tengah melalui Peraturan Daerah No. 11 tahun 2003 tentang Renstrada tahun 2003-2008.⁶⁷

Program Keluarga Berencana Nasional dalam mengendalikan tingkat kelahiran melalui upaya memaksimalkan akses dan kualitas pelayanan KB. Upaya tersebut terutama diprioritaskan bagi keluarga miskin dan rentan serta daerah terpencil yang sulit dijangkau dengan pelayanan atau pada daerah tertinggal.⁶⁷

Secara bersamaan dilakukan peningkatan kualitas kesehatan reproduksi remaja dalam rangka menyiapkan kehidupan keluarga yang lebih baik, termasuk dalam rangka pendewasaan usia perkawinan pertama melalui upaya-upaya peningkatan pemahaman dan peningkatan derajat kesehatan reproduksi remaja. Selain itu juga dilakukan upaya program ketahanan keluarga dalam kemampuan pengasuhan dan penumbuh kembangan anak, peningkatan pendapatan keluarga sejahtera I (keluarga miskin), peningkatan kualitas lingkungan keluarga dan memperkuat kelembagaan dan jejaring pelayanan Kb bekerja sama dengan masyarakat luas.⁶⁷

Selaras dengan filosofi BKKBN yang sejak awal diarahkan untuk menggerakkan peran serta masyarakat dalam KB, BKKBN telah menetapkan visi yaitu : "Seluruh Keluarga Ikut KB". Melalui visi tersebut diharapkan dapat menjadi inspirator, fasilitator, dan penggerak Program KB Nasional sehingga di masa depan seluruh Keluarga Indonesia menerima ide Keluarga Berencana, melalui pencapaian misi "Mewujudkan Keluarga Kecil bahagia Sejahtera".⁶⁷

2. Manfaat Keluarga Berencana

Setiap tahun, ada 500.000 perempuan meninggal akibat berbagai masalah yang melingkupi kehamilan, persalinan, dan pengguguran kandungan (aborsi) yang tak aman. KB bisa mencegah sebagian besar kematian itu. Di masa kehamilan umpamanya, KB dapat mencegah munculnya bahaya-bahaya akibat :

a. Kehamilan terlalu dini

Perempuan yang sudah hamil tatkala umurnya belum mencapai 17 tahun sangat terancam oleh kematian sewaktu persalinan. Karena tubuhnya belum sepenuhnya tumbuh, belum cukup matang dan

siap untuk dilewati oleh bayi. Lagipula, bayinya pun dihadang oleh risiko kematian sebelum usianya mencapai 1 tahun.

b. Kehamilan terlalu “telat”

Perempuan yang usianya sudah terlalu tua untuk mengandung dan melahirkan terancam banyak bahaya. Khususnya bila ia mempunyai problema-problema kesehatan lain, atau sudah terlalu sering hamil dan melahirkan.

c. Kehamilan-kehamilan terlalu berdesakan jaraknya

Kehamilan dan persalinan menuntut banyak energi dan kekuatan tubuh perempuan. Kalau ia belum pulih dari satu persalinan tapi sudah hamil lagi, tubuhnya tak sempat memulihkan kebugaran, dan berbagai masalah bahkan juga bahaya kematian, menghadang.

d. Terlalu sering hamil dan melahirkan

Perempuan yang sudah punya lebih dari 4 anak dihadang bahaya kematian akibat pendarahan hebat dan macam-macam kelainan lain, bila ia terus saja hamil dan bersalin lagi.

3. Cara KB Pria

Dalam usaha untuk meningkatkan pemeriksaan gerakan Keluarga Berencana Nasional peranan pria sebenarnya sangat penting dan menentukan. Sebagai kepala keluarga pria merupakan tulang punggung keluarga dan selalu terlibat untuk mengambil keputusan tentang kesejahteraan keluarga, termasuk untuk menentukan jumlah anak yang diinginkan.²⁰

Menurut Endang (2002) tidak dapat dipungkiri, di manapun negara di dunia hanya ada dua macam metoda KB pria yang dapat dipercaya dan relatif lebih aman, yakni kondom dan *vasektomi*

(sanggama terputus dan pantang berkala tidak termasuk). Hal ini ditegaskan oleh Engelman et. al dan Hargreave (1992), cara pengaturan kelahiran bagi pria yang ada saat ini belum lengkap, hanya ada sanggama terputus, kondom, dan *vasektomi*.¹⁸

Cara berkala (kalender sistem) dan sanggama terputus merupakan cara alamiah atau sederhana perlu kejelasan status. Banyak pakar Internasional yang menggolongkan cara ini sebagai salah satu cara KB meskipun cara ini bukan sebagai partisipasi pria semata, akan tetapi memerlukan kesepakatan suami-istri.¹⁸

Cara KB pria/laki-laki yang dikenal saat ini adalah pemakaian Kondom dan *Vasektomi* (Metode Operasi Pria) serta KB alamiah yang melibatkan pria/suami seperti : sanggama terputus (*coitus interruptus*), perhitungan haid/sistem kalender, pengamatan lendir vagina serta pengukuran suhu badan. Selain daripada itu terdapat berbagai cara KB yang masih dalam taraf penelitian seperti : *Vasoklusi*, dan penggunaan bahan dari tumbuh-tumbuhan.⁴⁰ Adapun cara KB Pria yang banyak dikenal terdiri dari :⁴⁰

a. Kondom

Menurut sejarah kondom sudah diketahui sejak jaman Mesir Kuno dan dibuat dari kulit atau usus binatang. Atas perintah raja Charles II Inggris, dokter Condom membuat kondom dari kulit binatang dengan panjang 190 mm, diameter 60 mm, dan tebal 0,038 mm. Teknik dan biaya pembuatannya cukup mahal dan keberhasilannya masih rendah sebagai alat kontrasepsi.²⁰

Dokter Fallopio dari Italia membuat kondom dari linen dengan tujuan utama untuk menghindari infeksi hubungan seks tahun 1564. Dokter Hercule Saxonia pada tahun 1597 membuat kondom

dari kulit binatang yang bila hendak dipakai direndam dulu. Kondom terbuat dari karet dikembangkan oleh dokter Hancock pada tahun 1944 dan Goodyer 1970.²⁰

1) Pengertian

Kondom merupakan selubung atau sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya *lateks* (karet), plastik (*vinil*) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti putting susu, berbagai bahan telah ditambahkan pada kondom baik untuk meningkatkan efektifitasnya (misalnya penambahan spermisida) maupun sebagai aksesoris aktifitas seksual.²¹

Kondom merupakan salah satu alat kontrasepsi pria yang paling mudah dipakai dan diperoleh baik di apotik maupun di toko-toko obat dengan berbagai merek dagang.⁴⁰

2) Fungsi Kondom

Kondom mempunyai tiga fungsi yaitu :

- a) Sebagai alat KB
- b) Mencegah penularan PMS termasuk HIV/AIDS
- c) Membantu pria atau suami yang mengalami ejakulasi dini

3) Kelebihan Kondom

- a) Efektif sebagai alat kontrasepsi bila dipakai dengan baik dan benar
- b) Murah dan mudah didapat tanpa resep dokter
- c) Praktis dan dapat dipakai sendiri

- d) Tidak ada efek hormonal
- e) Dapat mencegah kemungkinan penularan penyakit menular seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS antara suami-isteri
- f) Mudah dibawa

4) Keterbatasan Kondom

- a) Kadang-kadang pasangan ada yang alergi terhadap bahan karet kondom
- b) Kondom hanya dapat dipakai satu kali
- c) Secara psikologis kemungkinan mengganggu kenyamanan
- d) Kondom yang kedaluarsa mudah sobek dan bocor

5) Penggunaan Kondom

- a) Bila hubungan seksual dilakukan pada saat isteri sedang dalam masa subur
- b) Bila isteri tidak cocok dengan semua jenis alat/metode kontrasepsi
- c) Setelah vasektomi, kondom perlu dipakai sampai 15 kali ejakulasi
- d) Sementara menunggu penggunaan metode/alat kontrasepsi lain
- e) Bagi semua yang isterinya calon peserta pil KB sedang menunggu haid
- f) Apabila lupa minum pil KB dalam jangka waktu lebih dari 36 jam
- g) Apabila salah satu dari pasangan suami-isteri menderita penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS

- h) Dalam keadaan tidak ada kontrasepsi lain yang tersedia atau yang dipakai pasangan suami-isteri
- i) Sementara menunggu pencabutan implant/susuk KB/alat kontrasepsi bawah kulit, bila batas waktu pemakaian implant sudah habis

6) Efektivitas Kondom

- a) Kondom efektif sebagai kontrasepsi bila dipakai dengan baik dan benar
- b) Angka kegagalan teoritis 3%, praktis 5-20%
- c) Sangat efektif jika digunakan pada waktu isteri dalam periode menyusui, akan lebih efektif

b. *Vasektomi*

Operasi pria yang dikenal dengan nama *vasektomi* merupakan operasi ringan, murah, aman, dan mempunyai arti demografis yang tinggi, artinya dengan operasi ini banyak kelahiran yang dapat dihindari.²⁰

1) Pengertian

Vasektomi adalah suatu prosedur klinik yang dilakukan untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan *oklusi vasa deferensia* sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses *fertilisasi* (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi.²¹

Vasektomi merupakan tindakan penutup (pemotongan, pengikatan, penyumbatan) kedua saluran mani pria/suami sebelah kanan dan kiri; sehingga pada waktu bersanggama, sel mani tidak dapat keluar membuahi sel telur yang mengakibatkan tidak terjadi kehamilan. Tindakan yang

dilakukan adalah lebih ringan dari pada sunat atau khinatan pada pria, dan pada umumnya dilakukan sekitar 15-45 menit, dengan cara mengikat dan memotong saluran mani yang terdapat di dalam kantong buah zakar.

2) Peserta *Vasektomi*

- a) Suami dari pasangan usia subur yang dengan sukarela mau melakukan *vasektomi* serta sebelumnya telah mendapat konseling tentang *vasektomi*.
- b) Mendapat persetujuan dari isteri :
 - (1) Jumlah anak yang ideal, sehat jasmani dan rohani
 - (2) Umur isteri sekurang-kurangnya 25 tahun
 - (3) Mengetahui prosedur *vasektomi* dan akibatnya
 - (4) Menandatangani formulir persetujuan (*informed consent*).

3) Kelebihan

- a) Efektivitas tinggi untuk melindungi kehamilan
- b) Tidak ada kematian dan angka kesakitannya rendah
- c) Biaya lebih murah, karena membutuhkan satu kali tindakan saja
- d) Prosedur medis dilakukan hanya sekitar 15-45 menit
- e) Tidak mengganggu hubungan seksual
- f) Lebih aman, karena keluhan lebih sedikit jika dibandingkan dengan kontrasepsi lain

4) Keterbatasan

- a) Masih memungkinkan terjadi komplikasi (misal perdarahan, nyeri, dan infeksi).

- b) Tidak melindungi pasangan dari penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS. Harus menggunakan kondom selama 12-15 kali sanggama agar sel mani menjadi negatif
 - c) Pada orang yang mempunyai problem psikologis dalam hubungan seksual, dapat menyebabkan keadaan semakin terganggu.
- 5) *Vasektomi* tidak dapat dilakukan apabila
- a) Pasangan suami-isteri masih menginginkan anak lagi
 - b) Suami menderita penyakit kelainan pembekuan darah
 - c) Jika keadaan suami-isteri tidak stabil
 - d) Jika ada tanda-tanda radang pada buah zakar, *hernia*, kelainan akibat cacing tertentu pada buah zakar dan kencing manis yang tidak terkontrol.

c. Sanggama Terputus

Konsep 'metode senggama terputus" adalah mengeluarkan kemaluan menjelang terjadinya ejakulasi. Senggama terputus merupakan metode tertua di dunia, karena telah tertulis pada kitab tua dan diajarkan kepada masyarakat. Di Perancis abad ke 17, metode senggama terputus merupakan metode utama untuk menghindari kehamilan.²⁰

1) Pengertian

Coitus interruptus (senggama terputus) adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi.²¹

Sanggama terputus merupakan suatu metode pencegahan terjadinya kehamilan yang dilakukan dengan cara

menarik penis dari liang senggama sebelum ejakulasi, sehingga sperma dikeluarkan di luar liang senggama. Metode ini akan efektif bila dilakukan dengan baik dan benar.

2) Kelebihan

- a) Tanpa biaya
- b) Tidak perlu menggunakan alat/obat kontrasepsi
- c) Tidak perlu pemeriksaan medis terlebih dahulu
- d) Tidak berbahaya bagi fisik
- e) Mudah diterima, merupakan cara yang dapat dirahasiakan pasangan suami-isteri dan tidak perlu meminta nasihat pada orang lain
- f) Dapat dilakukan setiap saat tanpa memperhatikan masa subur maupun tidak subur, jika dilakukan dengan baik dan benar

3) Keterbatasan

- a) Memerlukan kesiapan mental pasangan suami isteri
- b) Memerlukan penguasaan diri yang kuat
- c) Kemungkinan ada sedikit cairan mengandung sperma tertumpah dari zakar dan masuk ke dalam vagina, sehingga dapat terjadi kehamilan
- d) Secara psikologis mengurangi kenikmatan dan menimbulkan gangguan hubungan seksual
- e) Jika salah satu dari pasangan tersebut tidak menyetujuinya, dapat menimbulkan ketegangan, sehingga dapat merusak hubungan seksual. Metode ini tidak selalu berhasil
- f) Tidak melindungi pasangan dari penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS

d. Pantang Berkala

1) Pengertian

Pantang berkala adalah tidak melakukan persetubuhan pada masa subur istri.⁴⁴

2) Macam

Terdapat tiga cara dalam melakukan metode KB pantang berkala, yaitu :

a) Sistem kalender

(1) Pengertian

Merupakan salah satu cara kontrasepsi alamiah yang dapat dikerjakan sendiri oleh pasangan suami-isteri tanpa pemeriksaan medis terlebih dahulu. Caranya dengan memperhatikan masa subur isteri melalui perhitungan haid. Masa berpantang dapat dilakukan pada waktu yang sama dengan masa subur dimana saat mulainya dan berakhirnya masa subur dengan perhitungan kalender.

(2) Cara menghitung masa subur

(a) Sebelum menerapkan metode ini, seorang wanita

harus mencatat jumlah dari dalam tiap satu siklus haid selama 6 bulan (6 siklus haid)

(b) Hari pertama siklus haid selalu dihitung sebagai hari ke satu

(c) Jumlah hari terpendek selama 6 kali siklus haid dikurangi 18. Hitungan ini menentukan hari pertama subur

- (d) Jumlah hari terpanjang selama 6 siklus haid dikurangi 11. Hitungan ini menentukan hari terakhir masa subur.

(3) Kelebihan

- (a) Sekali mempelajari metode ini dapat mencegah kehamilan atau untuk merencanakan ingin punya anak
- (b) Tanpa biaya
- (c) Tanpa memerlukan pemeriksaan medis
- (d) Dapat diterima oleh pasangan suami-isteri yang menolak atau putus asa terhadap metode KB lain
- (e) Tidak mempengaruhi ASI dan tidak ada efek samping hormonal
- (f) Melibatkan partisipasi suami dalam KB

(4) Keterbatasan

- (a) Masa berpantang untuk sanggama sangat lama sehingga menimbulkan rasa kecewa dan kadang-kadang berakibat pasangan tersebut tidak bisa mentaati
- (b) Tidak tepat untuk ibu-ibu yang mempunyai siklus haid yang tidak teratur. Memerlukan waktu 6 sampai 12 kali siklus haid untuk menentukan masa subur sebenarnya
- (c) Tidak melindungi pasangan dari penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS

b) Pengamatan lendir vagina

(1) Pengertian

Metode ini merupakan metode pantang sanggama pada masa subur. Untuk mengetahui masa subur dilakukan dengan cara mengamati lendir vagina yang diambil pada pagi hari. Metode ini dikenal sebagai metode *ovulasi billing*. Metode ini sangat efektif jika pasangan suami isteri menerapkan dengan baik dan benar.

(2) Cara mengetahui kesuburan

- (a) Pengamatan lendir vagina yang keluar setiap hari dari mulut rahim
- (b) Satu hari atau lebih setelah haid, vagina akan terasa kering, sampai kemudian timbul lendir yang pekat, padat, dan kental
- (c) Dengan melihat perbedaan lendir, dari sifat lengket berubah basah dan licin, beberapa hari kemudian lendir semakin licin, elastis dan encer, hal ini berlangsung 1-2 hari. Hari ke-2 perasaan licin adalah hari yang paling subur (puncak), yang ditandai dengan pembengkakan vulva sampai kemudian lendir menjadi berkurang.
- (d) Sanggama dilakukan sesudah hari ke 4 dan perasaan paling licin, atau senggama boleh dilakukan jika 3 hari berturut-turut dikenali sebagai masa tidak subur, yaitu jika : tidak ada lagi cairan yang licin pada vulva yang terjadi sejak hari ke 4 sesudah puncak kelicinan.

(3) Kelebihan

Sekali mempelajari metode ini dapat mencegah kehamilan :

- (a) Tidak memerlukan biaya
- (b) Tidak memerlukan pemeriksaan medis
- (c) Memungkinkan setiap kehamilan direncanakan
- (d) Dapat diterima oleh pasangan suami-isteri yang menolak atau putus asa dengan metode KB lain
- (e) Tidak mempengaruhi ASI dan tidak ada efek samping hormonal, karena tidak menggunakan alat kontrasepsi atau obat kimia
- (f) Melibatkan partisipasi suami dalam KB

(4) Keterbatasan

- (a) Masa berpantang sanggama sangat lama, sehingga menimbulkan rasa kecewa dan kadang-kadang berakibat pasangan tersebut tidak bisa mentaati
- (b) Perlu kesabaran serius dan kemauan dalam menjalankan metode itu
- (c) Tidak melindungi pasangan dari penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS

c) Pengukuran suhu badan

(1) Pengertian

Pengukuran suhu badan merupakan salah satu metode pantang berkala pada masa subur. Untuk mengetahui masa subur dilakukan dengan cara mengukur suhu badan. Pengukuran dilakukan pada pagi hari, saat bangun tidur dan belum melakukan kegiatan apapun.

Cara ini akan efektif apabila dilakukan secara baik dan benar.

(2) Cara pengukuran suhu badan

- (a) Dilakukan pada jam yang sama setiap pagi hari sebelum turun dari tempat tidur
- (b) Pada masa subur, suhu badan meningkat 0,2 sampai 0,5 derajat celcius
- (c) Pasangan suami isteri tidak boleh melakukan sanggama pada masa subur ini sampai 3 hari setelah peningkatan suhu badan tersebut atau menggunakan kondom.

(3) Kelebihan

- (a) Tidak memerlukan pemeriksaan medis
- (b) Dapat diterima oleh pasangan suami isteri yang menolak atau putus asa terhadap cara KB lain
- (c) Tidak mempengaruhi produksi ASI dan tidak ada efek samping hormonal
- (d) Melibatkan partisipasi suami dalam KB

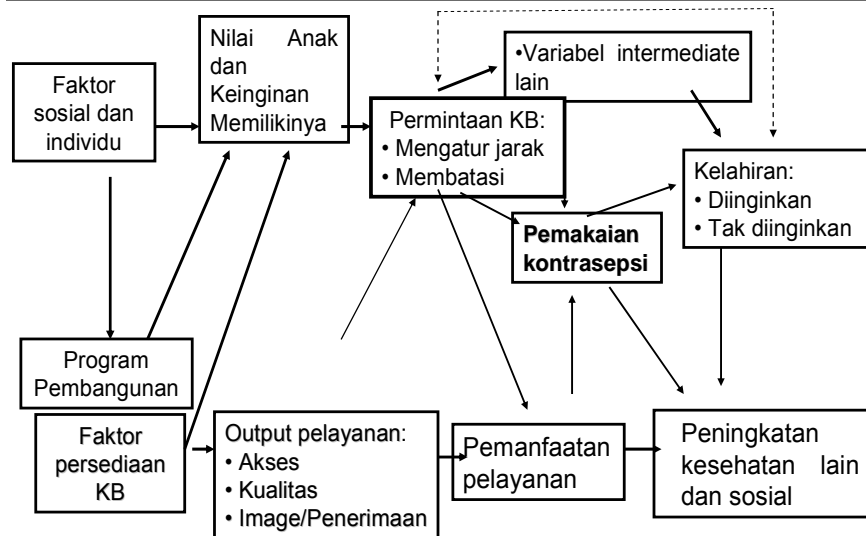
(4) Keterbatasan

- (a) Tidak selalu berhasil
- (b) Beberapa pasangan suami-isteri sukar untuk memenuhi cara ini
- (c) Cara ini membingungkan jika isteri demam atau infeksi pada kemaluan yang menyebabkan suhu badan meningkat
- (d) Tidak melindungi pasangan dari PMS termasuk HIV/AIDS.

B. Faktor-faktor yang Berpengaruh terhadap Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana

Menurut Bertrand (1994) bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pemakaian kontrasepsi, antara lain : faktor sosial dan individu, nilai anak dan keinginan memilikinya, permintaan KB, faktor intermediate lain (Umur *Menarchea*, Umur kawin, Mati Haid, *Postpartum infecundability*, *Fecundabilitas*, Anak Lahir mati, Aborsi disengaja), program pembangunan, faktor persediaan KB, output pelayanan (akses, kualitas pelayanan, image), pemanfaatan pelayanan.²³

Gambar 2.1 Kerangka Pikir Konseptual Permintaan KB serta Dampak Pada Fertilitas (dimodifikasi dari Bertrand et al, 1994)



1. Pengaruh faktor individu dan sosial (karakteristik individu) terhadap pemakaian kontrasepsi
 - a. Hubungan antara umur dengan pemakaian kontrasepsi

Kesehatan pasangan usia subur sangat mempengaruhi kebahagiaan dan kesejahteraan keluarga waktu melahirkan,

jumlah kelahiran atau banyaknya anak yang dimiliki dan jarak anak tiap kelahiran. Maka dari itu umur merupakan salah satu faktor seseorang untuk menjadi akseptor kontak, sebab umur berhubungan dengan potensi reproduksi dan juga untuk menentukan perlu tidaknya seseorang melakukan *vasektomi* dan *tubektomi* sebagai cara kontrasepsi.³⁴

Umur calon akseptor tidak kurang dari 30 tahun. Pada umur tersebut kemungkinan calon peserta sudah memiliki jumlah anak yang cukup dan tidak menginginkan anak lagi. Apabila umur calon akseptor kurang dari 30 tahun, ditakutkan nantinya akan mengalami penyesalan seandainya masih menginginkan anak lagi.³⁴

Umur isteri tidak kurang dari 20 tahun dan tidak lebih dari 45 tahun. Pada umur istri antara 20-45 tahun bisa dikatakan istri dalam usia reproduktif sehingga masih bisa hamil. Sehingga suami bisa mengikuti kontrasepsi mantap.³⁴

Sementara menurut Suprihastuti (2000), bila dilihat dari segi usia, umur pemakai alkon pria cenderung lebih tua dibanding yang lain. Indikasi ini memberi petunjuk bahwa kematangan pria juga ikut mempengaruhi untuk saling mengerti dalam kehidupan keluarga.³³

b. Hubungan pendidikan dengan pemakaian kontrasepsi

Purwoko (2000), mengemukakan pendidikan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan dan sikap tentang metode kontrasepsi. Orang yang berpendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional daripada mereka yang berpendidikan rendah, lebih kreatif dan lebih terbuka terhadap

usaha-usaha pembaharuan. Ia juga lebih dapat menyesuaikan diri terhadap perubahan-perubahan sosial. Secara langsung maupun tidak langsung dalam hal Keluarga Berencana (KB). Karena pengetahuan KB secara umum diajarkan pada pendidikan formal di sekolah dalam mata pelajaran kesehatan, pendidikan kesejahteraan keluarga dan kependudukan. Semakin tinggi tingkat pendidikan pasangan yang ikut KB, makin besar pasangan suami istri memandang anaknya sebagai alasan penting untuk melakukan KB, sehingga semakin meningkatnya pendidikan semakin tinggi proporsi mereka yang mengetahui dan menggunakan kontrasepsi untuk membatasi jumlah anaknya.³⁶

Namun dari hasil analisis lanjut SDKI 1997, pendidikan ternyata berpengaruh negatif terhadap pemakaian *vasektomi*, yang artinya semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin rendah kesertaan MOP. Sementara wilayah (desa) memberikan pengaruh positif atau berpeluang sebesar 77% terhadap *vasektomi*. Sebaliknya mereka yang berpendidikan tinggi cenderung memilih kondom dibanding yang berpendidikan rendah.³³ Temuan ini dipertegas oleh hasil kuantitatif di DIY (1999) yang dilakukan terhadap responden dengan karakteristik berpendidikan rata-rata tamat SD. Kelompok pria berkontrasepsi pendidikannya lebih tinggi, yaitu tamat SLTA dan Perguruan Tinggi dibanding yang tidak berKB yaitu sebesar 11,4% dan 6,2%. Secara statistik ternyata tingkat pendidikan berpengaruh secara bermakna terhadap pemakaian kontrasepsi pria ($p < 0.05$).³⁵

c. Hubungan Jumlah anak dengan pemakaian kontrasepsi

Jumlah anak yang dimiliki, paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 1 dan paritas lebih dari 3 mempunyai angka kematian maternal. Resiko pada paritas 1 dapat ditangani dengan asuhan obstetri lebih baik, sedangkan resiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana yang salah satunya menggunakan kontrasepsi mantap yaitu *vasektomi* dan *tubektomi*.⁴⁴

Jumlah anak hidup mempengaruhi pasangan usia subur dalam menentukan metode kontrasepsi yang akan digunakan. Pada pasangan dengan jumlah anak hidup masih sedikit terdapat kecenderungan untuk menggunakan metode kontrasepsi dengan efektivitas rendah, sedangkan pada pasangan dengan jumlah anak hidup banyak terdapat kecenderungan menggunakan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi.³⁶

d. Hubungan pendapatan dengan pemakaian kontrasepsi

Tingkat pendapatan suatu keluarga sangat berpengaruh terhadap kesertaan suami dalam berKB. Nampaknya, bila PUS keduanya bekerja, berarti istri tidak bekerja atau memiliki pendapatan sendiri.⁴⁸

Hasil penelitian Wijayanti (2004) akibat ketidaktahuan masyarakat di desa Timpik tentang metode MOP, mereka mengemukakan berbagai alasan, salah satunya biaya MOP atau *vasektomi* yang mahal. Alasan tersebut dikaitkan dengan penghasilan mereka sebagai petani kecil dan mereka menganggap tidak akan mampu menjangkau metode ini. Pernyataan responden bahwa biaya pelaksanaan MOP ini mahal, bila dibandingkan

dengan metode kontrasepsi lainnya sebetulnya bisa dikatakan lebih murah, karena metode ini hanya dilakukan sekali selamanya. Sedangkan untuk metode lain, misalnya IUD yang sekali pasang hanya untuk jangka waktu tertentu, yang mana setelah itu harus dilepas dan tentunya dipasang lagi bila masih menginginkan metode kontrasepsi yang tentunya membutuhkan biaya lagi. Inilah yang membuktikan bahwa metode lain justru lebih mahal dari pada MOP.¹⁷

Salah satu keuntungan dari alat kontrasepsi *vasektomi* adalah biaya rendah.⁸ Sesungguhnya metode kontrasepsi pria relatif tidak mahal. Akan tetapi meskipun pria mampu untuk menggunakan metode kontrasepsi *vasektomi*, pria tetap memilih menggunakan metode kontrasepsi lain seperti kondom. Alasan ini diungkapkan oleh pria karena metode kontrasepsi kondom lebih sederhana dan tidak memerlukan tindakan dari tenaga medis.³¹

2. Pengaruh nilai anak dan keinginan memilikinya terhadap pemakaian kontrasepsi

Tidak dapat dipungkiri bahwa anak mempunyai nilai tertentu bagi orang tua. Anak yang diibaratkan sebagai titipan Tuhan bagi orang tua memiliki nilai tertentu serta menuntut dipenuhinya beberapa konsekuensi atas kehadirannya. Latar belakang sosial yang berbeda tingkat pendidikan, kesehatan, adat istiadat atau kebudayaan suatu kelompok sosial serta penghasilan atau mata pencaharian yang berlainan, menyebabkan pandangan yang berbeda mengenai anak. Anak memiliki nilai universal namun nilai anak tersebut sangat dipengaruhi oleh faktor sosio kultural dan lain-lain. Yang dimaksud dengan persepsi nilai anak oleh orang tua adalah merupakan

tanggapan dalam memahami adanya anak, yang berwujud suatu pendapat untuk memiliki diantara pilihan-pilihan yang berorientasi pada suatu hal yang pada dasarnya terbuka dalam situasi yang datang dari luar. Pandangan orang tua mengenai nilai anak dan jumlah anak dalam keluarga dapat merupakan hambatan bagi keberhasilan program KB. Di daerah pedesaan anak mempunyai nilai yang tinggi bagi keluarga. Anak dapat memberikan kebahagiaan kepada orang tuanya selain itu akan merupakan jaminan di hari tua dan dapat membantu ekonomi keluarga, banyak masyarakat di desa di Indonesia yang berpandangan bahwa banyak anak banyak rejeki. Dari penelitian Mohamad Koesnoe di daerah Tengger, petani yang mempunyai tanah luas akan mencari anak angkat sebagai tambahan tenaga kerja. Studi lain yang dilakukan oleh proyek VOC (Value Of Children) menemukan bahwa keluarga-keluarga yang tinggal di pedesaan Taiwan, Philipina, Thailand mempunyai anak yang banyak dengan alasan bahwa anak memberikan keuntungan ekonomi dan rasa aman bagi keluarganya. Salah satu dari tahap pertama proyek VOC adalah memperkembangkan sistem nitro Hoffman dan Hoffman kedalam suatu kerangka kerja yang lebih luas yang memasukkan semua dimensi nitro anak, termasuk manfaat dan beban ekonomi, biaya alternatif, manfaat dan beban psikologi atau emosional dan beban sosial. Juga dimasukkan pilihan antara jenis kelamin, suatu dimensi penting yang sering dilupakan dalam penelitian-penelitian ekonomi. Berbagai laporan menggali perbedaan-perbedaan antar sampel nasional dan juga antar kelompok dalam setiap sampel itu. Secara umum disimpulkan bahwa orang tua desa lebih menitikberatkan manfaat ekonomi dan kegunaan praktis (termasuk

tunjangan hari tua) dari anak-anak, sedangkan orang tua dikota (terutama yang berpendidikan tinggi) menekankan aspek emosional dan psikologisnya. Pada negara berkembang di daerah pedesaan beban ekonomi biasanya jauh lebih rendah bila anak tidak sekolah. Pada usia yang sangat dini anak mulai dapat menyokong penghasilan keluarga dengan bekerja di sawah, mengembala ternak dan mengerjakan pekerjaan lain. Dengan bertambahnya usia orang tua anak-anak dapat memberikan bantuan ekonomi, mungkin dengan bekerja di sawah milik orang tua. Cadwell (1979) mengatakan hal ini dengan cara lain yaitu di negara maju, kekayaan mengalir dari orang tua ke anak, sedangkan negara berkembang sebaliknya kekayaan mengalir dari anak ke orang tua. Jika anak merupakan sumber utama jaminan ekonomi maka masyarakat tersebut akan mengalami fertilitas yang tinggi. Masri Singmimbun (1974) melakukan penelitian pada penduduk di sekitar Yogyakarta menunjukkan bahwa jumlah anak yang dianggap ideal 4 dan 5 orang anak. Motivasi untuk mempunyai jumlah anak yang sedikit dan nilai-nilai tentang anak merupakan aspek yang penting. Kadang-kadang jumlah anak yang diinginkan lebih besar daripada jumlah anak yang mampu dirawat dengan baik.⁴¹

Menurut Bertrand (1994), nilai dan keinginan anak biasanya dinyatakan dengan jumlah anak ideal yang diputuskan oleh pasangan untuk dimilikinya, hal ini sangat subjektif karena berkaitan dengan masalah ekonomi, penambahan keuntungan orang tua dan biaya serta manfaat dari anak tersebut. Perkembangan tingkat sosial ekonomi, urbanisasi, tuntutan untuk memperkerjakan anak, jaminan ekonomi di usia tua, biaya membesarkan anak, tingkat kematian bayi, tingkat pendidikan, status wanita, struktur keluarga, tanggung jawab orang tua

dan agama yang dianut merupakan contoh dari faktor penentu yang dapat mempengaruhi nilai anak dan keinginan anak di tingkat masyarakat maupun ditingkat keluarga. Bagaimanapun keinginan anak dipengaruhi oleh ketersediaan keluarga berencana.²³

3. Permintaan KB terhadap pemakaian kontrasepsi

Keinginan atau kemauan (*want*) yang diterjemahkan ke dalam perilaku mencari pelayanan (pemeliharaan) kesehatan disebut permintaan atau tuntutan (*demands*). Permintaan adalah suatu fungsi dari kebutuhan (*needs*) dan faktor-faktor lain termasuk kemampuan pelayanan dan keadaan sosioekonomi seperti *income*, kelas sosial, dan besar keluarga.⁵⁴

Menurut Bertrand (1994), diberbagai negara faktor sosial ekonomi dan faktor budaya sangat menentukan norma ukuran keluarga. Karakteristik sosial-demografi dan psikososial dapat mempengaruhi keinginan ukuran keluarga pada tingkat individu. Pelayanan KB yang siap tersedia tidak hanya dapat memenuhi permintaan untuk mengatur jarak atau membatasi kelahiran, tetapi juga menciptakan suatu permintaan jasa dalam menyediakan pelayanan alternatif untuk meneruskan *childbearing* dan keberhasilan pencegahan kehamilan.²³

4. Pengaruh output pelayanan terhadap pemakaian kontrasepsi

a. Akses pelayanan KB

Menurut Wijono (1999), bahwa akses berarti bahwa pelayanan kesehatan tidak terhalang oleh keadaan geografis, sosial, budaya, organisasi atau hambatan bahasa.⁵⁴

Menurut BKKBN (2005), keterjangkauan ini dimaksudkan agar pria dapat memperoleh informasi yang memadai dan pelayanan KB yang memuaskan. Keterjangkauan ini meliputi :⁴⁰

1) Keterjangkauan fisik

Keterjangkauan fisik dimaksudkan agar tempat pelayanan lebih mudah menjangkau dan dijangkau oleh masyarakat sasaran, khususnya pria.

2) Keterjangkauan ekonomi

Keterjangkauan ekonomi ini dimaksudkan agar biaya pelayanan dapat dijangkau oleh klien. Biaya untuk memperoleh pelayanan menjadi bagian penting bagi klien. Biaya klien meliputi : uang, waktu, kegiatan *kognitif* dan upaya perilaku serta nilai yang akan diperoleh klien. Untuk itu dalam mengembangkan pelayanan gratis atau subsidi perlu pertimbangan biaya pelayanan dan biaya klien.

3) Keterjangkauan psikososial

Keterjangkauan psikososial ini dimaksudkan untuk meningkatkan penerimaan partisipasi pria dalam KB secara sosila dan budaya oleh masyarakat, provider, pengambil kebijakan, tokoh agama, tokoh masyarakat.

4) Keterjangkauan pengetahuan

Keterjangkauan pengetahuan ini dimaksudkan agar pria mengetahui tentang pelayanan KB serta dimana mereka dapat memperoleh pelayanan tersebut dan besarnya biaya untuk memperolehnya.

5) Keterjangkauan administrasi

Keterjangkauan administrasi dimaksudkan agar ketetapan administrasi medis dan peraturan yang berlaku pada semua aspek pelayanan berlaku untuk pria dan wanita.

Selama ini dirasakan faktor *aksesabilitas* atau keterjangkauan pelayanan KB dan KR bagi pria masih sangat terbatas. *Aksesabilitas* informasi KB dan KR baik media KIE, konseling yang tersedia, informasi yang diberikan oleh petugas, tempat pelayanan yang ada masih bias gender. Bila dilihat dari gambaran pria tentang informasi KB dan KR yang diterima berdasarkan temuan penelitian yang dilakukan di propinsi Jawa Tengah dan Jawa Timur pada tahun 2001, diakui oleh sebanyak 67.2% bahwa penjelasan tentang KB diterimanya dari petugas KB, sedangkan yang merasa menerima penjelasan KB dari dokter sebanyak 13%, dari tokoh agama 9.7%. Bidan memberikan peran yang cukup tinggi setelah PLKB, yang dinyatakan oleh 32.8%.²⁶

Puskesmas merupakan pilihan pertama untuk mendapatkan kondom karena gratis dan jaraknya dekat. Kedua adalah PLKB, karena faktor kedekatan dengan petugas dan mendapatkan informasi yang lebih lengkap. Sedangkan toko, warung, apotik merupakan tempat pilihan ketiga untuk memperoleh kondom karena bebas memilih dan tidak ingin diketahui orang.²⁷

b. Kualitas pelayanan KB

Bruce (1990) menjelaskan bahwa terdapat enam komponen dalam kualitas pelayanan, yaitu pilihan kontrasepsi, informasi yang diberikan, kemampuan tehnikal, hubungan interpersonal, tidak lanjut atau kesinambungan, kemudahan pelayanan. Dalam kerangka teorinya disebutkan pula bahwa dampak dari kualitas pelayanan adalah pengetahuan klien, kepuasan klien, kesehatan klien, penggunaan kontrasepsi penerimaan dan kelangsungannya.

Enam elemen kualitas pelayanan di atas saling berkaitan antara yang satu dengan unsur yang lainnya. Keterkaitan ini dipengaruhi oleh faktor latar belakang yang sama, yaitu kebijaksanaan politis, sumber alokasi, manajemen program. Dari ketiga unsur yaitu pengelola, pelaksana, dan klien dapat diidentifikasi untuk dapat memberikan penilaian pada setiap elemen tersebut dapat membahas untuk konsep dan indikator kualitas pelayanan KB. Kualitas yang diterima oleh klien menjadi fokus pokok untuk menilai kualitas pelayanan.^{42, 52, 53}

Enam elemen dalam kualitas pelayanan kontrasepsi konsep Bruce dapat didefinisikan sebagai berikut :⁴²

1) Pilihan kontrasepsi

Suatu tempat pelayanan agar menyediakan pelayanan kontrasepsi yang beragam baik untuk pelayanan pria maupun wanita. Hal ini dimaksudkan agar klien mempunyai pilihan metode kontrasepsi yang tersedia untuk pria dan wanita. Peraturan dan sistem logistik perlu diperkuat untuk menjamin ketersediaan kontrasepsi yang terus menerus. Keanekaragaman metode yang tersedia merupakan jaminan bahwa program tidak hanya mempromosikan suatu metode tertentu bagi klien.⁴⁰

Pilihan kontrasepsi meliputi tersedianya pelbagai metoda kontrasepsi yang sesuai untuk pelbagai golongan klien menurut umur, paritas, status laktasi, keadaan kesehatan, keadaan ekonomi, kebutuhan, jumlah anak yang diinginkan dan lain-lain.⁴²

Penyiapan berbagai ragam kontrasepsi sehingga klien dapat memilih cara atau alat atau metode yang sesuai dengan keinginan dan kemampuan klien merupakan hal yang sangat menjadi perhatian pemerintah dalam rangka mewujudkan pelayanan KB yang berkualitas. Dengan pertimbangan itu, pemerintah melalui program KB Nasional menentukan kebijakan pelayanan kontrasepsi yang ditujukan kepada istri dapat dikatakan sudah memenuhi kafetaria sistem karena telah tersedia berbagai macam metode KB. Tetapi untuk kontrasepsi pria ternyata tidak demikian, jenis kontrasepsi pria yang tersedia hanya ada dua macam, yaitu kondom dan *vasektomi* (MOP). Meskipun dari dua metode KB pria ini telah tersedia berbagai merek kondom dan telah dikembangkan beberapa teknik *vasektomi* yang relatif lebih baik, namun belum dapat dikatakan sudah menganut sistem kafetaria.¹⁸

Masalah keterbatasan pilihan kontrasepsi bagi pria seringkali menjadi alasan utama yang dikemukakan dari berbagai pihak, mengapa kesertaan pria dalam KB rendah. dari temuan berbagai penelitian di lapangan, tidak sedikit dari mereka mengharapkan adanya alternatif kontrasepsi lain bagi pria seperti bentuk pil dan suntikan.¹⁸

Penggunaan alkon pria sangat menonjol di negara-negara maju, tapi tidak demikian di negara-negara berkembang. Alasan utama rendahnya partisipasi pria karena keterbatasan jenis kontrasepsi tampaknya tidak selalu benar. Temuan studi di Jabar dan Sumsel (2001), membuktikan hanya

1.43% pria yang memberi alasan keterbatasan pilihan KB pria sebagai penyebab rendahnya partisipasi pria.²⁵

Tuntutan akan penambahan pilihan jenis kontrasepsi pria tidak hanya datang dari suami itu sendiri, tetapi juga muncul dari pihak istri, petugas di lapangan, tokoh agama, dan tokoh masyarakat. Impian global mengenai cara KB pria adalah diketemukannya pil KB pria atau jenis suntikan KB pria seperti pada perempuan sangat dinantikan masyarakat di lapangan.¹⁸

2) Informasi yang diberikan

Pelayanan dapat dikatakan berkualitas apabila klien mendapatkan informasi yang lengkap, jelas, rasional dan dapat dipahami (*inform choice*) dari provider tentang metode kontrasepsi pria maupun wanita untuk membantu klien dalam menentukan pilihan kontrasepsinya.⁴⁰

Informasi yang diberikan kepada klien mencakup informasi tentang indikasi dan kontra indikasi pelbagai metode kontrasepsi, manfaat serta efek samping yang ada, penapisan calon akseptor dan lain-lain. Konseling merupakan suatu bentuk informasi yang memungkinkan pasangan atau calon klien memutuskan metoda kontrasepsi yang mana yang akan dipilihnya.⁴²

3) Kemampuan tehnikal

Kemampuan teknis dimaksudkan bahwa provider yang ada mempunyai kemampuan teknis yang memadai dalam memberikan pelayanan KB termasuk pelayanan KB pria (*vasektomi*) serta menjamin bahwa provider mendapatkan latihan penyegaran mengingat bahwa teknis pelayanan perlu

diperbaharui selaras dengan perkembangan teknologi. Kemampuan teknis ini menyangkut kemampuan KIP (Komunikasi Inter Personal/konseling) dan kemampuan pelayanan.⁴⁰

Kemampuan tehnikal mencakup terutama keterampilan klinik dari pelaksana pelayanan seperti dokter dan paramedik, tenaga anestesi, pencegahan infeksi, perawatan pra dan pasca bedah, tindak lanjut dan lain-lain. Dasar-dasar tindakan klinik ini perlu juga diinformasikan kepada klien sebelumnya, karena dengan demikian klien akan sangat membantu proses pemulihan dan sebagainya.⁴²

4) Hubungan interpersonal

Hubungan interpersonal merupakan elemen yang tidak kurang penting daripada elemen keterampilan klinik. Hubungan antara klien dan pelaksana memang sangat dipengaruhi oleh pola pengelolaan, alokasi sumber-sumber, waktu yang tersedia dan lain-lain.⁴²

5) Tindak lanjut atau kesinambungan

Mekanisme tindak lanjut mempengaruhi kelangsungan pemakaian kontrasepsi. Tindak lanjut dilakukan baik melalui pemeriksaan berkala pasca tindakan, kunjungan rumah dan sebagainya.⁴²

Klien harus tetap dijamin untuk mendapatkan kontrasepsi dan pelayanan KB lanjutannya. Mereka harus mengetahui kapan harus kontrol dan mendapatkan pelayanan ulangan.⁴⁰

6) Kemudahan pelayanan

Kemudahan pelayanan meliputi pelayanan kontrasepsi yang bagaimana dapat diterima dan memudahkan klien, ditinjau dari sudut lokasi, jarak dari rumah klien ke klinik, waktu pelayanan, prosedur yang tidak berbelit-belit dan lain-lain.⁴²

Keenam elemen ini tidaklah berdiri sendiri, tetapi satu dengan lainnya saling berkaitan, dan mempunyai latar belakang, pola pengelolaan, serta alokasi sumber-sumber yang sama.

Salah satu isu penting yang perlu dikemukakan adalah masalah kualitas pelayanan KB pria di lapangan. Hal ini dapat ditinjau dari berbagai sasaran, yaitu klien, provider dan pengelola program atau manajemen.¹⁸

Dari segi keamanan dan kenyamanan pemakaian, banyak penelitian tentang dua metode kontrasepsi untuk pria ternyata bahwa metode MOP lebih banyak mengalami gangguan kesehatan dibandingkan kondom, yang umumnya banyak dikeluhkan karena kualitas fisiknya.¹⁸

Dari statistik rutin BKKBN diperoleh informasi bahwa peserta KB baru dibandingkan dengan perkiraan permintaan masyarakat (PPM) pada tahun 2001 terlihat peningkatan yang sangat bermakna untuk peserta MOP, khususnya di DKI dan Jatim, yakni sebesar 26.78% dalam bulan September 2001, sedangkan kondom hanya 24.29%. Pemerintah bisa saja beralasan kenaikan ini disebabkan karena PPM yang ditetapkan terlalu rendah untuk wilayah ini. Akan tetapi bila diamati lebih jauh dari data yang sama angka komplikasi berat dari MOP juga meningkat tajam dari 7,7 per 1 juta PA tahun 2000 menjadi 126,7 per 1 juta PA pada tahun 2001

atau sebesar 16 kali lipat. Begitu juga dengan kegagalan yang terjadi, dari 34,5 per 1 juta PA tahun 2000 menjadi 41,5 per 1 juta PA tahun 2001.¹⁸

Hal ini kemungkinan besar karena ingin mempercepat tercapainya partisipasi aktif bagi pria yang secara kuantitatif diharapkan dapat mencapai 8% di tahun 2004, sehingga kualitas pelayanan kurang diperhatikan. Dari hasil pengamatan suatu penelitian di beberapa daerah tertentu mengambil suatu kebijakan yang mereka namai "target 10", artinya pencapaian KB pria menjadi 10% pada tahun 2005. Dari kejadian tersebut terlihat pengelola di lapangan lebih memperhatikan kuantitas pencapaian, bukan kualitas, sehingga perlu menjadi perhatian pihak pengelola bahwa peningkatan pelayanan perlu diikutkan dengan memperhatikan kualitas pelayanan yang sesuai dengan *Standard Operation Procedure* (SOP).¹⁸

c. Image atau penerimaan KB

Pengertian penerimaan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah sikap terhadap.⁵⁶ Sikap merupakan reaksi atau respons seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek.⁵⁵

Menurut Newcomb dalam Notoatmodjo (2003) sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksana motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi adalah merupakan "*pre-disposisi*" tindakan atau perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Lebih dapat dijelaskan lagi bahwa sikap merupakan reaksi

terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.⁵⁵

Menurut penjelasan yang disampaikan oleh Bidan di propinsi Sumbar dan Sumsel menyatakan bahwa hampir semua Tokoh Masyarakat (TOMA) dan suami yang ada di wilayah penelitian ini belum bisa menerima KB Pria terutama *Vasektomi*. Alasannya, agama tidak memperbolehkan, kecuali bila cara KB lainnya bisa mengancam jiwa istri. Hal yang serupa disampaikan oleh PLKB, dimana pria berpendapat bahwa bila pria dikontap, tidak perkasa lagi, dalam hubungan seksual tidak kuat, bapak jika nyeleweng tidak ketahuan, KB itu urusan ibu-ibu. Selain itu, seperti yang dituturkan oleh sebagian ulama, bahwa kontap belum diprogramkan dan dianggap haram, kecuali bila terdesak misal anak sudah banyak dan tidak satu pun metode KB yang cocok.¹⁸

5. Pengaruh pemanfaatan pelayanan terhadap pemakaian kontrasepsi

Adanya kemudahan dan ketersediaan sarana pelayanan berdampak positif terhadap penggunaan suatu alat kontrasepsi.¹⁸ Studi dari Jawa Tengah dan Jawa Timur (2001) menemukan alasan inilah yang menjadi faktor utama di dalam memilih tempat pelayanan KB Pria yang paling disukai. Hal ini dinyatakan oleh sebagian besar responden terutama pria yang mengatakan bahwa pria perlu berpartisipasi dalam KB. Menurut mereka pelayanan KB pria yang dekat dengan rumah atau dekat dari tempat mereka bekerja merupakan tempat pelayanan yang paling disukai (48.8%). Sebanyak 12.8% responden menginginkan tempat pelayanan dengan transportasi mudah (12.7%), biaya terjangkau (9.9%), fasilitas lengkap (9.3%), dilayani dengan

tenaga yang ahli dan ramah (9%), dan dapat menjaga privacy (2.2%).¹⁸

6. Pengaruh faktor persediaan KB terhadap pemakaian kontrasepsi



Gambar 2.2. Kerangka Teori Bertrand.²³

Menurut BKKBN (2007) faktor-faktor yang mempengaruhi rendahnya partisipasi pria dalam KB antara lain : terbatasnya sosialisasi dan promosi KB pria; adanya persepsi bahwa wanita yang menjadi target program KB; terbatasnya akses pelayanan KB pria; tingginya harga yang harus dibayar untuk MOP; ketidaknyamanan dalam penggunaan KB pria (kondom); terbatasnya metode kontrasepsi pria; rendahnya pengetahuan pria terhadap KB; kualitas pelayanan KB pria belum memadai; istri tidak mendukung suami ber-KB; adanya stigmatisasi tentang KB pria di masyarakat; kondisi Politik, Sosial, Budaya Masyarakat, Agama, dan komitmen pemerintah masih belum optimal dalam mendukung KB pria;

penerapan Program Kebijakan Partisipasi Pria di lapangan masih belum optimal.²²

Sosial Budaya adalah suatu keadaan/kondisi yang diciptakan untuk mengatur tatanan kehidupan bermasyarakat, yang mencakup semua bidang.⁵¹ Dilihat dari sisi sosial budaya, hasil penelitian studi Kualitatif Wijayanti (2004) bahwa semua responden menyatakan MOP belum membudaya atau belum umum dilakukan oleh laki-laki di desa Timpik kecamatan Susukan kabupaten Semarang.¹⁷ Kondisi sosial budaya masyarakat yang *patrilinial* yang memungkinkan kaum perempuan berada dalam sub ordinasi menyebabkan pengambilan keputusan dalam KB didominasi oleh kaum pria.⁵⁹ Menurut Dharmalingam dan Philip Morgan (1996) budaya dominasi laki - laki (budaya *patriarkhi*) didasari oleh kekuatan dan kekuasaan materi.⁶⁰

Menyimak hasil penelitian BKKBN (1998) tentang faktor sosekbud (sosial, ekonomi, dan budaya) menerangkan bahwa nilai budaya, seperti pandangan terhadap banyak anak adalah banyak rejeki, *preferensi* jenis kelamin anak, dan pandangan agama yang dianut secara *inferensial* tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan.²⁷

Di daerah pedesaan anak mempunyai nilai yang tinggi bagi keluarga. Anak dapat memberikan kebahagiaan kepada orang tuanya selain itu akan merupakan jaminan di hari tua dan dapat membantu ekonomi keluarga, banyak masyarakat di desa di Indonesia yang berpandangan bahwa banyak anak banyak rejeki. Dari Penelitian Mohamad Koesnoe di daerah Tengger, petani yang mempunyai tanah luas akan mencari anak angkat sebagai tambahan tenaga kerja. Studi lain yang dilakukan oleh proyek VOC (*Value Of Children*) menemukan bahwa keluarga-keluarga yang tinggal di pedesaan Taiwan, Philipina, Thailand mempunyai anak

yang banyak dengan alasan bahwa anak memberikan keuntungan ekonomi dan rasa aman bagi keluarganya.⁴¹

Preferensi jenis kelamin anak. Mayoritas budaya masyarakat di dunia ini memang menunjukkan kecenderungan untuk lebih menyenangi kelahiran anak laki-laki, dibandingkan kelahiran anak perempuan. Preferensi jenis kelamin laki-laki terutama terjadi di kalangan budaya orang-orang Islam, Cina, India, dan di Indonesia, budaya ini ditemukan di masyarakat Batak, dan Bali. *Preferensi* anak laki-laki, nampaknya menjadi hambatan untuk mewujudkan cita-cita dua anak harus dianggap ideal dan juga untuk mengurangi tingkat *fertilitas* di China modern.⁶⁰ Adat kebiasaan atau adat dari suatu masyarakat yang memberikan nilai anak laki-laki lebih dari anak perempuan atau sebaliknya. Hal ini akan memungkinkan satu keluarga mempunyai anak banyak. Bagaimana kalau keinginan untuk mendapatkan anak laki-laki atau perempuan tidak terpenuhi mungkin akan menceraikan istrinya dan kawin lagi agar terpenuhi keinginan memiliki anak laki-laki ataupun anak perempuan. Disinilah norma adat istiadat perlu diluruskan karena tidak banyak menguntungkan bahkan banyak bertentangan dengan kemanusiaan.⁴¹

Bagi para pemeluk agama merencanakan jumlah anak adalah menyalahi kehendak Tuhan. Kita boleh mendahului kehendak Tuhan apalagi mencegah kelahiran anak dengan anak dengan menggunakan alat kontrasepsi supaya tidak hamil. Langkah utama untuk mengatasi hal ini adalah menemui tokoh-tokoh atau ulama dari agama tersebut untuk menjelaskan bahwa merencanakan keluarga untuk membantu Keluarga kecil adalah tidak bertentangan dengan agama.⁴¹

Faktor yang mempengaruhi partisipasi pria dalam Keluarga Berencana dapat menggunakan pendekatan faktor perilaku pada kerangka kerja

PRECEDE dari Green (1991). Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku ada 3 faktor utama, yaitu : faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pemungkin (*enabling factors*), dan faktor penguat (*reinforcing factors*).³²

Faktor predisposisi merupakan faktor *anteseden* terhadap perilaku yang menjadi dasar atau motivasi bagi perilaku. Termasuk ke dalam faktor ini adalah pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai, adat istiadat (budaya), dan persepsi, berkenaan dengan motivasi seseorang atau kelompok untuk bertindak. Faktor predisposisi sebagai preferensi pribadi yang dibawa seseorang atau kelompok ke dalam suatu pengalaman belajar. Preferensi ini mungkin mendukung atau menghambat perilaku sehat, dalam setiap kasus, faktor ini mempunyai pengaruh. Berbagai faktor demografis seperti status sosial ekonomi, umur, jenis kelamin, dan ukuran keluarga penting sebagai faktor demografis.³²

Faktor pemungkin adalah faktor *anteseden* terhadap perilaku yang memungkinkan suatu motivasi atau aspirasi terlaksana. Termasuk di dalam faktor pemungkin adalah keterampilan dan sumber daya pribadi atau komunitas. Seperti tersedianya pelayanan kesehatan, keterjangkauan, kebijakan, peraturan perundangan.³²

Faktor penguat merupakan faktor penyerta (yang datang sesudah) perilaku yang memberikan ganjaran, insentif, atau hukuman atas perilaku dan berperan bagi menetap atau lenyapnya perilaku itu, yang termasuk ke dalam faktor ini adalah faktor sikap dan perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, sikap dan perilaku para petugas termasuk petugas kesehatan. Faktor penguat adalah faktor yang menentukan apakah tindakan kesehatan memperoleh dukungan atau tidak. Sumber penguat tentu saja tergantung pada tujuan dan jenis program. Di dalam pendidikan pasien,

penguat mungkin berasal dari perawat, dokter, pasien lain, dan keluarga. Apakah penguat ini positif ataukah negatif bergantung pada sikap dan perilaku orang lain yang berkaitan, yang sebagian diantaranya lebih kuat daripada yang lain dalam mempengaruhi perilaku.³²

C. Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana

Keterlibatan pria didefinisikan sebagai partisipasi dalam proses pengambilan keputusan KB, pengetahuan pria tentang KB dan penggunaan kontrasepsi pria.⁴⁶ Keterlibatan pria dalam KB diwujudkan melalui perannya berupa dukungan terhadap KB dan penggunaan alat kontrasepsi serta merencanakan jumlah keluarga. Untuk merealisasikan tujuan terciptanya Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera.⁴⁷

Partisipasi pria dalam Keluarga Berencana adalah tanggung jawab pria dalam kesertaan ber-KB, serta berperilaku seksual yang sehat dan aman bagi dirinya, pasangan atau keluarganya.⁴⁰ Dari beberapa literatur, dinyatakan bahwa keterlibatan pria dalam program KB dapat terjadi secara langsung atau tidak langsung. Penggunaan metode kontrasepsi pria merupakan satu bentuk partisipasi pria secara langsung, sedangkan keterlibatan pria secara tidak langsung misalnya pria memiliki sikap yang lebih positif dan membuat keputusan yang lebih baik berdasarkan sikap dan persepsi, serta pengetahuan yang dimilikinya.⁵⁰ Menurut BKKBN (2005), bentuk partisipasi pria dalam Keluarga Berencana dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung, antara lain :⁴⁰

1. Partisipasi pria secara langsung adalah sebagai peserta KB

Pria menggunakan salah satu cara atau metode pencegahan kehamilan, seperti :

a) Kontrasepsi kondom

- b) Vasektomi (kontap pria)
- c) Metode Sanggama Terputus
- d) Metode Pantang Berkala/sistem kalender

2. Partisipasi pria secara tidak langsung adalah:

a) Mendukung dalam ber-KB

Apabila disepakati istri yang akan ber-KB peran suami adalah mendukung dan memberikan kebebasan kepada istri untuk menggunakan kontrasepsi atau cara/metode KB. Dukungan tersebut meliputi :

- 1) Memilih kontrasepsi yang cocok yaitu kontrasepsi yang sesuai dengan keinginan dan kondisi istrinya
- 2) Membantu istrinya dalam menggunakan kontrasepsi secara benar, seperti mengingatkan saat minum pil KB, dan mengingatkan istri untuk kontrol
- 3) Membantu mencari pertolongan bila terjadi efek samping maupun komplikasi dari pemakaian alat kontrasepsi
- 4) Mengantarkan istri ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk kontrol atau rujukan
- 5) Mencari alternatif lain bila kontrasepsi yang digunakan saat ini terbukti tidak memuaskan
- 6) Membantu menghitung waktu subur, apabila menggunakan metode pantang berkala
- 7) Menggantikan pemakaian kontrasepsi bila keadaan kesehatan istri tidak memungkinkan.

b) Sebagai Motivator

Selain sebagai peserta KB, suami juga dapat berperan sebagai motivator, yang dapat berperan aktif memberikan motivasi kepada

anggota keluarga atau saudaranya yang sudah berkeluarga dan masyarakat disekitarnya untuk menjadi peserta KB, dengan menggunakan salah satu kontrasepsi.

Untuk memotivasi orang lain, maka seyogyanya dia sendiri harus sudah menjadi peserta KB, karena keteladanan sangat dibutuhkan untuk menjadi seorang motivator yang baik.

c) Merencanakan Jumlah Anak

Merencanakan jumlah anak dalam keluarga perlu dibicarakan antara suami dan istri dengan mempertimbangkan kesehatan dan kemampuan untuk memberikan pendidikan dan kehidupan yang layak. Dalam kaitan ini suami perlu mengetahui apa yang dimaksud dengan 4 terlalu, yaitu :

- 1) Terlalu muda untuk hamil atau melahirkan
- 2) Terlalu tua untuk melahirkan
- 3) Terlalu sering melahirkan
- 4) Terlalu dekat jarak antara kehamilan sebelumnya dengan kehamilan berikutnya.

Merencanakan jumlah anak dalam keluarga dapat dilakukan dengan memperhatikan usia reproduksi istri, yaitu :

- 1) Masa menunda kehamilan bagi pasangan yang istrinya berumur di bawah 20 tahun

a) Kontrasepsi yang digunakan harus bersifat :

- (1) *Reversibilitas* tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin hampir 100%, karena pada masa ini peserta belum mempunyai anak.

(2) Efektifitas tinggi, artinya tingkat kegagalan pada pemakaian alat kontrasepsi ini kecil sekali, kegagalan akan menyebabkan terjadinya kehamilan.

(3) Metode kontrasepsi yang sesuai adalah : kondom, cara atau metode KB alamiah, dan pil KB.

2) Masa mengatur jarak kelahiran untuk usia istri 20-30 tahun

a) Penggunaan kontrasepsi dimaksudkan untuk mengatur jarak kelahiran anak berikutnya. Pada masa ini diperlukan kontrasepsi yang mempunyai ciri, sebagai berikut :

(1) Efektifitas tinggi

(2) *Reversibilitas* tinggi karena peserta KB masih mengharapkan punya anak lagi

(3) Dapat dipakai selama 3-4 tahun, yaitu sesuai dengan jarak kehamilan yang telah direncanakan

(4) Tidak menghambat Air Susu Ibu (ASI) karena ASI adalah makanan yang terbaik untuk bayi sampai umur 2 tahun.

b) Metode kontrasepsi yang sesuai adalah : IUD, Implant, Suntik KB, Kondom, Pil KB, Cara KB alamiah.

3) Masa mengakhiri kehamilan untuk usia istri di atas 30 tahun

Pada masa ini diperlukan penggunaan kontrasepsi yang bertujuan untuk mengakhiri kehamilan sehingga pasangan dapat memperpanjang tahun madu sampai wanita pasangannya mengakhiri masa reproduksi atau menopause. Sedangkan bagi pasangan yang istrinya berusia di atas 30 tahun yang ingin mempunyai anak harus mempersiapkan secara matang kehamilannya serta mempertimbangkan

beberapa resiko yang mungkin dapat terjadi dalam kehamilan, antara lain kematian ibu dan bayinya.

a) Pada masa ini diperlukan kontrasepsi yang mempunyai ciri sebagai berikut :

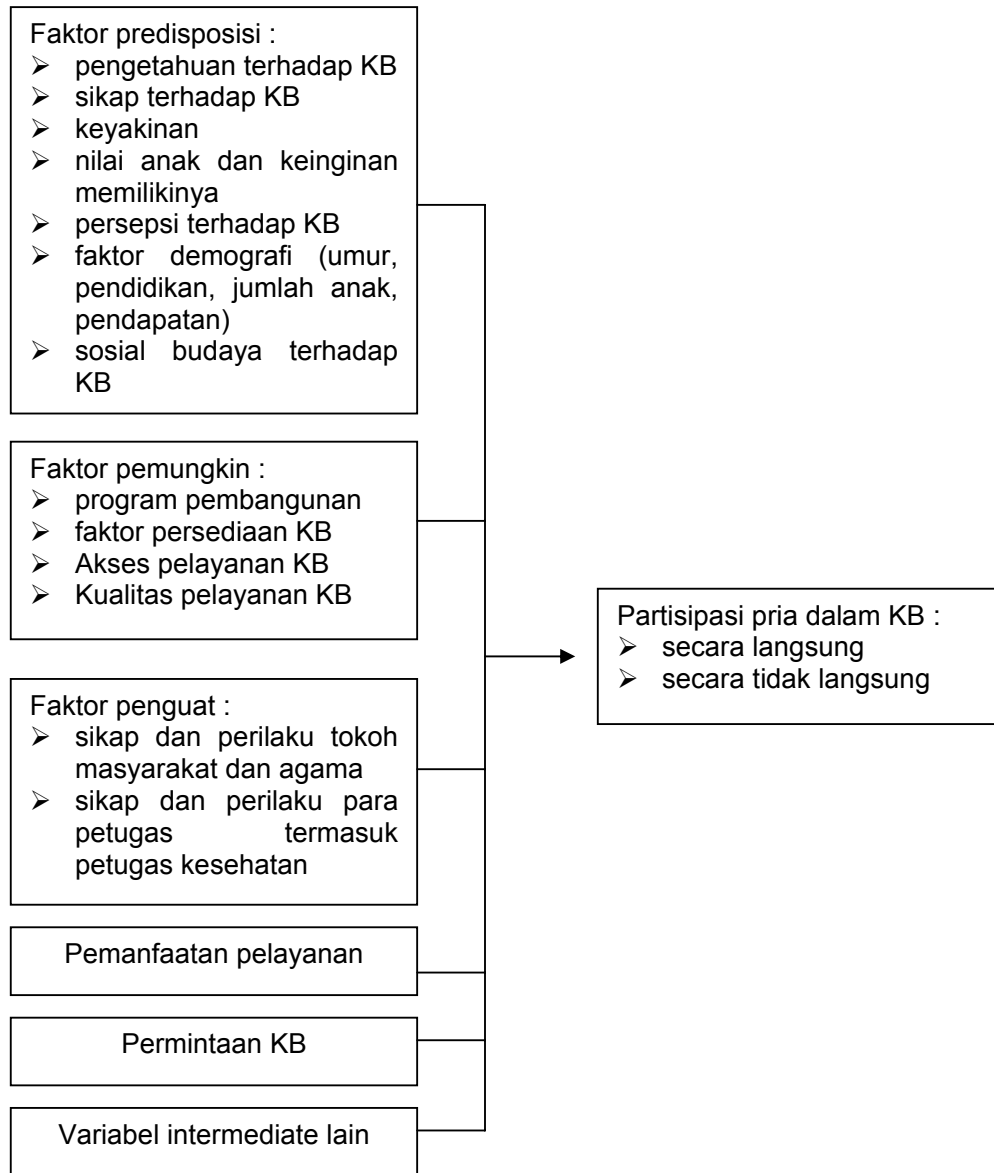
(1) Efektifitas tinggi

(2) Dapat dipakai untuk jangka panjang

(3) Tidak membahayakan kesehatan, karena kelainan pada usia tua seperti penyakit jantung, darah tinggi, dan sebagainya. Oleh karena itu sebaiknya tidak diberikan kontrasepsi yang dapat membahayakan kesehatannya.

b) Metode kontrasepsi yang disarankan adalah : kontrasepsi mantap (MOP atau MOW), IUD, Implant, Suntik KB, Pil KB, Kondom, Metode KB Alamiah.⁴⁰

D. Kerangka Teori



Gambar 2.3 Kerangka teori faktor - faktor yang berpengaruh terhadap partisipasi pria dalam KB. Modifikasi dari Bertrand (1994), Green (1991), BKKBN (2007).

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Variabel Penelitian

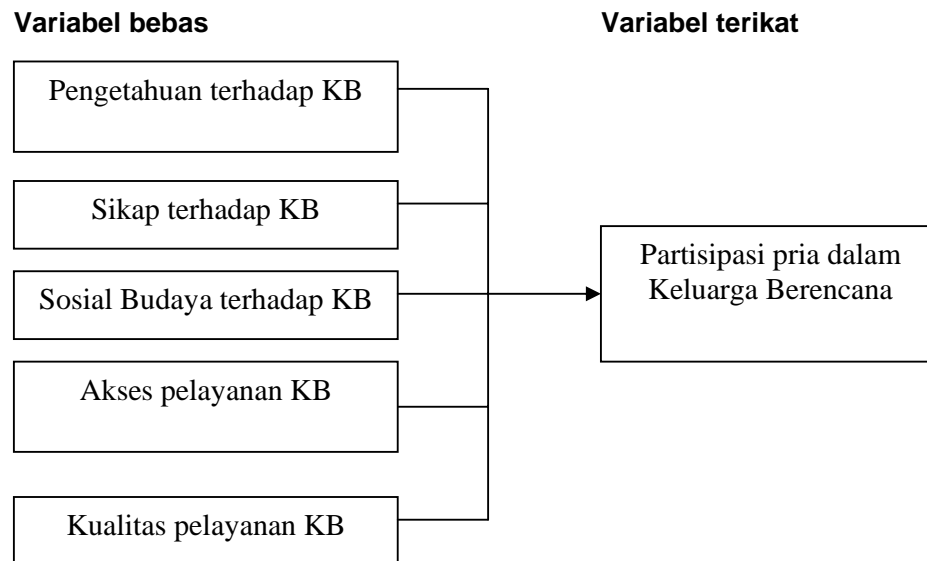
Variabel dalam penelitian ini adalah :

1. Variabel terikat yaitu : partisipasi pria dalam Keluarga Berencana
2. Variabel bebas yaitu : pengetahuan terhadap KB, sikap terhadap KB, sosial budaya terhadap KB, akses pelayanan KB, kualitas pelayanan KB.

B. Hipotesis Penelitian

1. Ada hubungan pengetahuan terhadap KB dengan partisipasi pria dalam Keluarga Berencana
2. Ada hubungan sikap terhadap KB dengan partisipasi pria dalam Keluarga Berencana
3. Ada hubungan sosial budaya terhadap KB dengan partisipasi pria dalam Keluarga Berencana
4. Ada hubungan akses pelayanan KB dengan partisipasi pria dalam Keluarga Berencana
5. Ada hubungan kualitas pelayanan KB dengan partisipasi pria dalam Keluarga Berencana
6. Ada pengaruh pengetahuan terhadap KB, sikap terhadap KB, sosial budaya terhadap KB, akses pelayanan KB, kualitas pelayanan KB terhadap partisipasi pria dalam Keluarga Berencana

C. Kerangka Konsep



Gambar 3.1 : Kerangka konsep penelitian Faktor-faktor pada pria yang berpengaruh terhadap partisipasi pria dalam Keluarga Berencana.

D. Rancangan Penelitian

1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah observasional dengan metode penelitian survei analitik yaitu survey atau penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena kesehatan itu terjadi. Kemudian melakukan analisis dinamika korelasi antara fenomena, baik antara faktor risiko dengan faktor efek, antar faktor risiko, maupun antar faktor efek.³⁷

2. Pendekatan Waktu Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara variabel bebas dan terikat dengan cara pendekatan observasional atau pengumpulan data satu kali pengambilan data (*point time approach*).⁵

3. Metode Pengumpulan Data

Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah :

a. Data primer

Data primer terdiri dari karakteristik responden yang meliputi umur, pendidikan, jumlah anak, pendapatan, pengetahuan terhadap KB, sikap terhadap KB, sosial budaya terhadap KB, akses pelayanan KB, kualitas pelayanan KB. Pengumpulan data primer kuantitatif diperoleh melalui wawancara langsung kepada responden untuk menganalisis hubungan pengetahuan terhadap KB, sikap terhadap KB, sosial budaya terhadap KB, akses pelayanan KB, kualitas pelayanan KB hubungannya dengan partisipasi pria dalam Keluarga Berencana, dengan menggunakan kuesioner yang sebelumnya diuji validitas dan reliabilitasnya. Sedangkan pengumpulan data primer kualitatif variabel akses pelayanan KB dan kualitas pelayanan KB diperoleh melalui wawancara mendalam dengan Kabid KB BKBD kabupaten Boyolali, Petugas KB di P2KP-KB/KR dilakukan oleh peneliti sendiri.

b. Data sekunder

Data sekunder diperoleh dari data Umpan Balik Hasil Pelaksanaan Program KB Nasional BKBD kabupaten Boyolali berupa rekapitulasi peserta KB Aktif menurut Mix Kontrasepsi dan catatan lain yang mendukung penelitian ini.

4. Populasi Penelitian

Populasi penelitian adalah semua pria Pasangan Usia Subur yang bertempat tinggal di wilayah kecamatan Selo kabupaten Boyolali.

5. Sampel Penelitian dan Prosedur Pemilihan Sampel

Dari data sekunder Umpan Balik Hasil Pelaksanaan Program KB Nasional kabupaten Boyolali bulan Februari 2008 tercatat pria PUS di kecamatan Selo sejumlah 5.955 orang, dengan rincian sebagai berikut : pria PUS yang menggunakan metode kontrasepsi pria sejumlah 1.052 orang, pria PUS dengan istri yang menggunakan kontrasepsi sejumlah 4.344 orang, sedangkan pria PUS dengan istri yang tidak menggunakan kontrasepsi sejumlah 559 orang.

Perhitungan jumlah sampel ditentukan dengan menggunakan rumus sebagai berikut :⁵

$$\begin{aligned} n &= \frac{N}{1 + N \cdot \text{moe}} \\ &= \frac{5955}{1 + 5955 \times 0.005} \end{aligned}$$

= 193.501 dibulatkan menjadi 194 responden.

Keterangan :

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

moe = *margin of error* = kesalahan maksimal yang ditoleransi

Berdasarkan perhitungan diketahui bahwa besar sampel adalah 194 responden. Perhitungan sampel masing-masing kelompok populasi dapat dihitung, sebagai berikut :

- a. Pria PUS yang menggunakan metode kontrasepsi pria sejumlah 1.052 orang

$$n1 = \frac{1.052}{5.955} \times 194 = 34$$

- b. Pria PUS dengan :

- 1) Istri yang menggunakan kontrasepsi sejumlah 4.344 orang

$$n2 = \frac{4.344}{5.955} \times 194 = 142$$

- 2) Istri yang tidak menggunakan kontrasepsi sejumlah 559 orang

$$n3 = \frac{559}{5.955} \times 194 = 18$$

Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik sampling *Simple Random Sampling*. Dimana sampel diambil secara acak dengan mengundi anggota populasi di 10 desa kecamatan Selo.

6. Definisi Operasional Variabel Penelitian dan Skala Pengukuran

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian

Variabel	Definisi operasional	Pengukuran
		Skala dan Penilaian
Umur	Umur pria saat menerima pelayanan KB.	Skala : Ratio Nilai < 31 tahun =1 Nilai ≥ 31 tahun =2
Jumlah anak	Jumlah anak yang dimiliki. ⁴⁴	Skala : Nominal Jumlah anak >3 = 1 Jumlah anak ≤3 = 2
Pendidikan	Lama pendidikan formal tertinggi yang ditempuh oleh responden sampai saat diwawancarai. ⁶⁶	Skala ; Nominal Pendidikan dasar (SD, SMP sederajat) = 1 Pendidikan lanjutan (SMA, PT/Akademi) = 2
Pendapatan	Total penghasilan yang diterima keluarga setiap bulan.	Skala : Ratio Pendapatan < Rp. 400000,- =1 ≥Rp. 400000,- = 2
Pengetahuan terhadap KB	Semua hal yang diketahui pria/suami tentang metode kontrasepsi pria (kondom dan <i>vasektomi</i> /MOP), meliputi : Kondom : <ul style="list-style-type: none"> • Pengertian • Fungsi • Kelebihan • Keterbatasan • Penggunaan • Efektivitas <i>Vasektomi</i> /MOP : <ul style="list-style-type: none"> • Pengertian • Peserta • Kelebihan • Keterbatasan Pengukuran dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner terstruktur. Responden diminta memberikan jawaban atas pertanyaan yang diberikan, dengan penilaian 0 : tidak; 1 : ya bagi pertanyaan <i>favorable</i> sedangkan pertanyaan <i>unfavorable</i> dengan penilaian 1 : tidak, 0 : ya. Jawaban dalam satu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Pemilihan metode diketahui berdasarkan respon atas 21 pertanyaan.	Skala : Ordinal Nilai < 16 : pengetahuan rendah (1) Nilai ≥ 16 : pengetahuan tinggi (2)

Lanjutan Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian

Variabel	Definisi operasional	Pengukuran
		Skala dan Penilaian
Sikap terhadap KB	Image atau penerimaan pria/suami terhadap metode kontrasepsi pria (kondom dan <i>vasektomi</i> /MOP). Pengukuran dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner terstruktur. Responden diminta memberikan jawaban atas pertanyaan yang diberikan, dengan penilaian 0 : tidak setuju; 1 : setuju bagi pertanyaan <i>favorable</i> sedangkan pertanyaan <i>unfavorable</i> dengan penilaian 1 : tidak setuju, 0 : setuju. Jawaban dalam satu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Pemilihan metode diketahui berdasarkan respon atas 32 pertanyaan.	Skala : Ordinal Nilai < 23 : sikap negatif (1) Nilai ≥ 23: sikap positif (2)
Sosial Budaya terhadap KB	Kondisi dimasyarakat yang berpengaruh terhadap penggunaan metode kontrasepsi pria (kondom dan <i>vasektomi</i> /MOP). Pengukuran dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner terstruktur. Responden diminta memberikan jawaban atas pertanyaan yang diberikan, dengan penilaian 0 : tidak setuju; 1 : setuju bagi pertanyaan <i>favorable</i> sedangkan pertanyaan <i>unfavorable</i> dengan penilaian 1 : tidak setuju, 0 : setuju. Jawaban dalam satu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Pemilihan metode diketahui berdasarkan respon atas 12 pertanyaan.	Skala : Ordinal Nilai < 10 : tidak mendukung (1) Nilai ≥ 10 : mendukung (2)
Akses pelayanan KB	Keterjangkauan pria/suami dalam memperoleh informasi dan pelayanan KB yang memuaskan, dinilai dari pandangan pria/suami yang disusun dalam pertanyaan tertutup dengan alternatif jawaban ya dan tidak. Kisi-kisi pertanyaan akses pelayanan, meliputi : keterjangkauan fisik, ekonomi, psikososial, pengetahuan, dan administrasi. Pengukuran dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner terstruktur. Responden diminta memberikan jawaban atas pertanyaan yang diberikan, dengan penilaian 0 : tidak; 1 : ya bagi pertanyaan <i>favorable</i> sedangkan pertanyaan <i>unfavorable</i> dengan penilaian 1 : tidak, 0 : ya. Jawaban dalam satu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Pemilihan metode diketahui berdasarkan respon atas 12 pertanyaan.	Skala : Ordinal Nilai < 9 : sulit mengakses (1) Nilai ≥ 9 : mudah mengakses (2)

Lanjutan Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian

Variabel	Definisi operasional	Pengukuran
		Skala dan Penilaian
Kualitas pelayanan KB	Kualitas pelayanan yang dinilai dari pandangan pria/suami yang disusun dalam pertanyaan tertutup dengan alternatif jawaban ya dan tidak. Kisi-kisi pertanyaan disusun dari pustaka jaminan mutu BKKBN dan teori dari Bruce yang meliputi : pilihan kontrasepsi, informasi yang diberikan, kemampuan tehnikal, hubungan interpersonal, tindak lanjut atau kesinambungan. Pengukuran dilakukan dengan wawancara menggunakan kuesioner terstruktur. Responden diminta memberikan jawaban atas pertanyaan yang diberikan, dengan penilaian 0 : tidak; 1 : ya bagi pertanyaan <i>favorable</i> sedangkan pertanyaan <i>unfavorable</i> dengan penilaian 1 : tidak, 0 : ya. Jawaban dalam satu variabel dijumlahkan ke dalam skor komposit. Pemilihan metode diketahui berdasarkan respon atas 8 pertanyaan.	Skala : Ordinal Nilai < 7 : kualitas pelayanan kurang baik (1) Nilai \geq 7 : kualitas pelayanan baik (2)
Partisipasi pria dalam Keluarga Berencana	Keterlibatan pria dalam Keluarga berencana sebagai pengguna metode kontrasepsi.	Skala : Nominal Tidak menggunakan alat kontrasepsi = 1 Menggunakan alat kontrasepsi = 2

7. Instrumen Penelitian dan Cara Penelitian

- a. Instrumen penelitian yang digunakan untuk pengumpulan data kuantitatif adalah kuesioner terstruktur dengan pertanyaan terbuka untuk identitas responden dan pertanyaan tertutup. Instrumen yang digunakan untuk pengumpulan data kualitatif adalah pedoman wawancara mendalam.
- b. Uji validitas dan reliabilitas

Uji coba kuesioner dilakukan sebelum digunakan pada subjek penelitian dengan tujuan mengetahui tingkat validitas dan reliabilitas. Uji coba kuesioner dilakukan pada 15 responden di kecamatan Ampel yang memiliki karakteristik yang sama dengan subjek penelitian.

Uji validitas dimaksudkan untuk mengetahui sejauh mana ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dalam melakukan fungsi ukurnya. Suatu instrumen pengukur dapat dikatakan mempunyai validitas yang tinggi apabila alat tersebut menjalankan fungsi ukurnya atau memberikan hasil ukur yang sesuai dengan maksud yang dilakukan pengukuran tersebut. Uji validitas dilakukan dengan menggunakan uji korelasi Pearson Product Moment. Suatu indikator pertanyaan dikatakan valid jika r hasil $> r$ tabel (> 0.514).

Reliabilitas (keterhandalan) mengandung pengertian sejauh mana hasil suatu pengukuran dapat dipercaya. Hasil pengukuran dapat dipercaya hanya bila dalam beberapa kali pelaksanaan pengukuran terhadap kelompok subyek yang sama diperoleh hasil yang relatif sama, selama aspek yang diukur dalam diri subyek memang belum berubah. Uji reliabilitas dilakukan dengan menggunakan uji statistik *Cronbach Alpha*. Suatu variabel dikatakan reliabel jika nilai $\alpha > r$ tabel (> 0.514). Hasil uji coba didapatkan nilai $\alpha > 0.514$ (α variabel pengetahuan terhadap KB = 0.9630, α variabel sikap terhadap KB = 0.9759, α variabel budaya terhadap KB = 0.9582, α variabel akses pelayanan KB = 0.9155, α variabel kualitas pelayanan KB = 0.9022).

c. Cara penelitian

1) Tahap Persiapan, meliputi :

- a) Penyelesaian administrasi dan perizinan penelitian
- b) Penjajagan awal wilayah penelitian dan penelusuran populasi dengan melakukan survei pendahuluan di wilayah kecamatan Selo kabupaten Boyolali

- c) Melakukan uji coba alat pengumpulan data di wilayah di kecamatan Ampel yang mempunyai karakteristik responden yang sejenis dengan responden yang akan diteliti sebanyak 15 responden.
- d) Melakukan uji kesahihan dan keandalan instrumen penelitian
- e) Instrumen yang tidak memenuhi persyaratan validitas dikeluarkan selanjutnya dilakukan uji reliabilitas
- f) Pelatihan 3 orang enumerator yang mempunyai pengalaman menjadi anggota PLKB mengenai cara pengumpulan data.

2) Tahap pelaksanaan

- a) Pengumpulan data yang dilakukan oleh 3 orang enumerator
- b) Pengisian kuesioner penelitian dilakukan oleh pria PUS yang terpilih menjadi sampel dan ditunggu oleh enumerator.
- c) Pelaksanaan wawancara mendalam dilakukan oleh peneliti, setelah dilakukan analisis data kuantitatif.

3) Tahap akhir

Sebelum pengolahan data kuantitatif, terlebih dahulu dilakukan editing, Coding, Data entry, dan melakukan teknis analisis. Pengolahan data menggunakan software SPSS. Analisis data dilakukan dengan menggunakan distribusi frekuensi, tabel silang perhitungan hubungan variabel dengan analisis bivariat, dan perhitungan pengaruh variabel bebas secara bersama - sama terhadap variabel terikat dengan analisis multivariat.

Sebelum pengolahan data kualitatif, terlebih dahulu dilakukan penyusunan transkrip wawancara mendalam, koding, memahami unit tersebut, merangkum unit dalam bentuk kategori dan hubungan antar kategori. Unit koding dapat berupa kalimat, paragraf atau bagian dari data yang mempunyai makna tersendiri, kemudian dianalisis untuk mengambil kesimpulan.

Setelah pengolahan dan analisis data kuantitatif dan kualitatif dilakukan penyusunan materi untuk seminar hasil dan ujian tesis.

8. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

a. Teknik pengolahan :

1) *Editing*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Editing dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul.

2) *Coding*

Coding merupakan kegiatan pemberian kode numerik atau angka terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. Pemberian kode ini sangat penting bila pengolahan dan analisis data menggunakan computer.

3) *Data entry*

Data entry adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau database computer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana.

4) Melakukan teknik analisis

Dalam melakukan analisis, khususnya terhadap data penelitian akan menggunakan ilmu statistik terapan yang disesuaikan dengan tujuan yang hendak dianalisis.

b. Analisis data :

Analisis data kuantitatif dimaksudkan untuk mengolah dan mengorganisasikan data, serta menemukan hasil yang dapat dibaca dan dapat diinterpretasikan, meliputi :

1) Analisis univariat

Dilakukan dengan statistik deskriptif untuk melihat frekuensi dan distribusi variabel bebas, variabel terikat. Tabel frekuensi digunakan untuk menggambarkan proporsi karakteristik subjek penelitian dengan melakukan pengkategorian variabel yang dianalisis.

2) Analisis bivariat

Untuk mengetahui hubungan dua variabel berdasarkan tabel 2x2 pada tingkat kepercayaan 0,05 dan *Confidence Interval* 95% ($\alpha = 0.05$).

3) Analisis multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk melihat hubungan variabel – variabel bebas dengan variabel terikat dan variabel bebas mana yang paling besar hubungannya terhadap variabel terikat. Analisis multivariat dilakukan dengan cara menghubungkan beberapa variabel bebas dengan satu variabel terikat secara bersamaan.

Analisis regresi logistik untuk menjelaskan hubungan variabel bebas dengan variabel terikat, prosedur yang

dilakukan terhadap uji regresi logistik dan apabila masing-masing variabel bebas dengan hasil menunjukkan nilai $p < 0,25$ maka variabel tersebut dapat dilanjutkan dalam model multivariat.

Analisis multivariat dilakukan untuk mendapatkan model terbaik. Semua variabel kandidat dimasukkan bersama-sama untuk dipertimbangkan menjadi model dengan hasil menunjukkan nilai ($p < 0,05$). Variabel terpilih dimasukkan ke dalam model dan nilai p yang tidak signifikan dikeluarkan dari model, berurutan dari nilai p tertinggi.

Pengolahan dan analisis data kualitatif dilakukan setelah analisis kuantitatif selesai yaitu dengan menganalisis terhadap jawaban Kabid KB BKBD kabupaten Boyolali, PLKB kecamatan Selo, dan Petugas KB di P2KP-KB/KR yang bertujuan memperjelas atau melakukan klarifikasi terhadap informasi – informasi yang berkaitan dengan akses pelayanan KB dan kualitas pelayanan KB. Pengolahan data kualitatif dengan cara menyimpulkan hasil wawancara mendalam dengan metode analisis isi (*Content Analysis*) dengan langkah - langkah analisis menggunakan model interaktif yaitu yang mengandung empat komponen yang saling berkaitan, yaitu :⁶¹

- 1) Pengumpulan data
- 2) Penyederhanaan atau reduksi data
- 3) Penyajian data
- 4) Verifikasi simpulan

Namun karena keterbatasan waktu penelitian maka verifikasi simpulan tidak dilakukan.

Analisis data melalui deskriptif analisis terhadap jawaban informan pada saat wawancara mendalam. Pengungkapan fenomena peristiwa dan perilaku dengan faktor - faktor yang melatarbelakangi (variabel), melakukan pengelompokkan dan mencari hubungan antar variabel tersebut. Tahapan analisis kualitatif dilakukan dengan langkah - langkah sebagai berikut :

- 1) Penyusunan transkrip wawancara mendalam
- 2) Koding, proses untuk memecahkan data menjadi unit yang lebih kecil (kode), memahami unit tersebut, merangkum unit dalam bentuk katagori dan hubungan antar katagori. Unit koding dapat berupa kalimat, paragraf atau bagian dari data yang mempunyai makna tersendiri, kemudian dianalisis untuk mengambil kesimpulan.

Secara ringkas, metodologi penelitian ini dapat disampaikan dalam bentuk tabel 3.2.

Tabel 3.2 Tabel Metoda Pengumpulan Data

Tahap 1 : Pengumpulan Data Kuantitatif					
Variabel	Jenis data	Cara pengumpulan data	Katagori	Informan	Analisis data
Pengetahuan terhadap KB	Primer	Pengisian kuesioner	Pengetahuan: • Rendah • Tinggi	Pria PUS	• Univariat • Bivariat • Multivariat
Sikap terhadap KB	Primer	Pengisian kuesioner	Sikap : • Negatif • Positif	Pria PUS	• Univariat • Bivariat • Multivariat
Sosial Budaya terhadap KB	Primer	Pengisian kuesioner	Sosial budaya: • Tidak mendukung • Mendukung	Pria PUS	• Univariat • Bivariat • Multivariat
Akses pelayanan KB	Primer	Pengisian kuesioner	Akses pelayanan : • Sulit mengakses • Mudah mengakses	Pria PUS	• Univariat • Bivariat • Multivariat

Lanjutan Tabel 3.2 Tabel Metoda Pengumpulan Data

Tahap 1 : Pengumpulan Data Kuantitatif					
Variabel	Jenis data	Cara pengumpulan data	Katagori	Informan	Analisis data
Kualitas pelayanan KB	Primer	Pengisian kuesioner	Kualitas pelayanan : • Kurang baik • Baik	Pria PUS	<ul style="list-style-type: none"> • Univariat • Bivariat • Multivariat
Tahap 2 : Pengumpulan Data Kualitatif					
Variabel	Jenis data	Cara pengumpulan data	Isi	Informan	Analisis data
Akses pelayanan KB	Primer	Wawancara mendalam	Pendapat informan tentang keterjangkauan pelayanan KB	Kabid KB BKBD kabupaten Boyolali, PLKB kecamatan Selo, dan Petugas KB di P2KP-KB/KR	<i>Content Analysis</i>
Kualitas Pelayanan KB	Primer	Wawancara mendalam	Pendapat informan tentang kualitas pelayanan KB	Kabid KB BKBD kabupaten Boyolali, PLKB kecamatan Selo, dan Petugas KB di P2KP-KB/KR	<i>Content Analysis</i>

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Keterbatasan Penelitian

1. Kuesioner yang digunakan untuk mengungkapkan variabel bebas dibuat oleh peneliti sendiri dengan berdasarkan literatur yang ada karena belum ada kuesioner yang baku atau standar untuk penelitian tersebut, sehingga kemungkinan belum dapat mengungkapkan data tentang variabel yang diteliti secara lengkap. Untuk itu peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas.
2. Faktor karakteristik responden tidak dikendalikan kemungkinan mempengaruhi partisipasi pria dalam KB.

B. Hasil Penelitian dan Pembahasan

1. Gambaran Umum Responden

Penelitian dilaksanakan selama 25 hari mulai 27 Mei 2008 sampai dengan 20 Juni 2008 di kecamatan Selo kabupaten Boyolali pada 194 responden dengan gambaran umum responden sebagai berikut :

Tabel 4.1. Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur, jumlah anak, pendidikan, pendapatan di kecamatan Selo kabupaten Boyolali Tahun 2008

Karakteristik	f	%
Umur pria		
< 31 tahun	94	48.5
≥ 31 tahun	100	51.5
Total	194	100.0
Jumlah anak		
Jumlah anak >3	33	17.0
Jumlah anak ≤3	161	83.0
Total	194	100.0

Lanjutan Tabel 4.1. Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur, jumlah anak, pendidikan, pendapatan di kecamatan Selo kabupaten Boyolali Tahun 2008

Karakteristik	f	%
Pendidikan		
Pendidikan dasar	106	54.6
Pendidikan lanjutan	88	45.4
Total	194	100.0
Pendapatan		
< Rp. 400000,-	24	12.4
≥ Rp. 400000,-	170	87.6
Total	194	100.0

Berdasarkan tabel 4.1 di atas nampak bahwa persentase responden dengan umur pria ≥ 31 tahun (51.5%) lebih banyak daripada responden dengan umur pria < 31 tahun (48.5%). Sebagian besar responden dengan jumlah anak ≤ 3 (83.0%) daripada jumlah anak > 3 (17.0%). Pendidikan responden diperoleh persentase bahwa sebagian besar responden mempunyai jenjang pendidikan dasar (54.6%) daripada pendidikan lanjutan (45.4%). Dan sebagian besar pendapatan responden \geq Rp. 400000,- (87.6%).

2. Pengetahuan terhadap KB

Tabel 4.2. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Responden di kecamatan Selo kabupaten Boyolali Tahun 2008

Pengetahuan	f	%
Pengetahuan rendah	91	46.9
Pengetahuan tinggi	103	53.1
Total	194	100.0

Berdasarkan tabel 4.2. terlihat bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan tinggi (53.1%) dari pada dengan pengetahuan rendah (46.9%).

Adapun distribusi frekuensi yang menggambarkan jawaban responden atas pertanyaan pada variabel pengetahuan terhadap KB adalah sebagai berikut :

Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Variabel Pengetahuan terhadap KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali Tahun 2008

Pertanyaan	Tidak		Ya	
	f	%	f	%
Kondom merupakan selubung atau sarung karet yang dipasang pada alat kelamin pria saat berhubungan seksual	0	0.0	194	100.0
Kondom merupakan salah satu alat kontrasepsi pria yang paling mudah dipakai	158	81.4	36	18.6
Kondom merupakan salah satu alat kontrasepsi pria yang paling mudah diperoleh di apotik, di toko obat	0	0.0	194	100.0
Kondom dapat mencegah penularan penyakit kelamin termasuk HIV/AIDS	130	67.0	64	33.0
Kondom murah harganya dan mudah didapat tanpa resep dokter	88	45.4	106	54.6
Kondom membantu pria yang mengalami ejakulasi dini	183	94.3	11	5.7
Kadang-kadang ada yang alergi terhadap bahan karet kondom	0	0.0	194	100.0
Kondom dapat dipakai berulang-ulang	141	72.7	53	27.3
Kondom tidak mengganggu kenyamanan berhubungan seksual	183	94.3	11	5.7
Kondom dipakai saat istri pada masa subur	0	0.0	194	100.0
Bila istri tidak cocok dengan semua jenis alat kontrasepsi, suami tidak perlu menggunakan kondom	177	91.2	17	8.8
Kondom sangat efektif jika digunakan pada waktu istri sedang dalam periode menyusui	0	0.0	194	100.0
Vasektomi/MOP merupakan kontrasepsi mantap	0	0.0	194	100.0
Vasektomi/MOP merupakan tindakan penutupan kedua saluran mani pria/sumi	0	0.0	194	100.0

Lanjutan Tabel 4.3. Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Variabel Pengetahuan terhadap KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali Tahun 2008

Pertanyaan	Tidak		Ya	
	f	%	f	%
Pada Vasektomi/MOP tindakan yang dilakukan adalah lebih berat dari pada sunat atau khinatan pada pria	105	54.1	89	45.9
Suami dari Pasangan Usia Subur melakukan Vasektomi/MOP tanpa persetujuan istri	146	75.3	48	24.7
Biaya melakukan Vasektomi/MOP lebih murah karena hanya membutuhkan satu kali tindakan saja	89	45.9	105	54.1
Vasektomi/MOP mengganggu hubungan seksual	146	75.3	48	24.7
Vasektomi/MOP merupakan kontrasepsi yang aman	0	0.0	194	100.0
Setelah Vasektomi/MOP perlu menggunakan kondom sampai 15 kali ejakulasi	7	3.6	187	96.4
Vasektomi/MOP boleh dilakukan jika pasangan suami – istri masih menginginkan anak	194	100.0	0	0.0

Berdasarkan tabel 4.3 terlihat bahwa responden sebagian besar memiliki pengetahuan yang tinggi terhadap KB. Hal ini dapat dilihat dari jawaban responden antara lain responden menyatakan "ya" untuk pertanyaan *favourable* seperti kondom merupakan selubung atau sarung karet yang dipasang pada alat kelamin pria saat berhubungan seksual (100.0%), kondom merupakan salah satu alat kontrasepsi pria yang paling mudah diperoleh di apotik dan toko obat (100.0%), kondom murah harganya dan mudah didapat tanpa resep dokter (54.6%), kadang-kadang ada yang alergi terhadap bahan karet kondom (100.0%), kondom dipakai saat istri pada masa subur (100.0%), kondom sangat efektif jika digunakan pada waktu istri sedang menyusui (100.0%), Vasektomi/MOP merupakan kontrasepsi

mantap (100.0%), vasektomi/MOP merupakan tindakan penutupan kedua saluran mani pria/suami (100.0%), biaya melakukan vasektomi/MOP lebih murah karena hanya membutuhkan satu kali tindakan saja (100.0%), vasektomi/MOP merupakan kontrasepsi yang aman (100.0%), setelah vasektomi/MOP perlu menggunakan kondom sampai 15 kali ejakulasi (96.4%). Dan jawaban "tidak" untuk pertanyaan *unfavourable* seperti kondom tidak mengganggu kenyamanan berhubungan seksual (94.3%), bila istri tidak cocok dengan semua jenis alat kontrasepsi, suami tidak perlu menggunakan kondom (91.2%), pada vasektomi/MOP tindakan yang dilakukan adalah lebih berat dari pada sunat atau khinatan pada pria (54.1%), suami dari PUS melakukan vasektomi/MOP tanpa persetujuan istri (75.3%), vasektomi mengganggu hubungan seksual (75.3%), dan vasektomi/MOP boleh dilakukan jika pasangan suami-istri masih menginginkan anak (100.0%).

Dari sebaran jawaban responden terlihat bahwa ada hal-hal yang perlu diperhatikan, seperti : responden menjawab "tidak" pada pertanyaan kondom merupakan salah satu alat kontrasepsi yang paling mudah dipakai (81.4%), kondom dapat mencegah penularan penyakit kelamin termasuk HIV/AIDS (67.0%), kondom membantu pria yang mengalami ejakulasi dini (94.3%), dan menjawab "ya" pada pertanyaan kondom dapat dipakai berulang-ulang (27.3%).

3. Sikap terhadap KB

Tabel 4.4. Distribusi Frekuensi Sikap terhadap KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali Tahun 2008

Sikap terhadap KB	f	%
Sikap Negatif	91	46.9
Sikap Positif	103	53.1
Total	194	100.0

Berdasarkan tabel 4.4 terlihat bahwa sebagian besar responden mempunyai sikap positif terhadap KB (53.1%) dan sikap negatif terhadap KB hanya 46.9%.

Tabel 4.5. Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Variabel Sikap terhadap KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali Tahun 2008

Pertanyaan	Tidak Setuju		Setuju	
	f	%	f	%
Menurut saya penggunaan kondom dapat mencegah kehamilan	0	0.0	194	100.0
Menurut saya pemakaian kondom menurunkan kenikmatan hubungan seksual	54	27.8	140	72.2
Menurut saya pemakaian kondom berefek samping alergi pada alat kelamin	60	30.9	134	69.1
Menurut saya pemakaian kondom merepotkan	54	27.8	140	72.2
Menurut saya pemakaian kondom menjijikan	184	94.8	10	5.2
Menurut saya pemakaian kondom mudah sekali terjadi kebocoran	46	23.7	148	76.3
Menurut saya pemakaian kondom tidak nyaman	62	31.9	132	68.1
Menurut saya dengan memakai kondom pasangan merasa tidak nyaman	116	59.8	78	40.2
Menurut saya <i>Vasektomi</i> /MOP dapat mencegah kehamilan	0	0.0	194	100.0
Menurut saya <i>Vasektomi</i> /MOP sama dengan dikebiri	124	63.9	70	36.1
Menurut saya <i>Vasektomi</i> /MOP menurunkan kejantanan lelaki	140	72.2	54	27.8
Menurut saya <i>Vasektomi</i> /MOP menyebabkan infeksi alat kelamin	194	100.0	0	0.0
Menurut saya <i>Vasektomi</i> /MOP menyebabkan ketahanan fisik pria berkurang	173	89.2	21	10.8

Lanjutan Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Variabel Sikap terhadap KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali Tahun 2008.

Pertanyaan	Tidak Setuju		Setuju	
	f	%	f	%
Menurut saya <i>Vasektomi</i> /MOP menyebabkan adanya gangguan kencing	178	91.7	16	8.3
Menurut saya prosedur <i>Vasektomi</i> /MOP menakutkan karena harus dioperasi	124	63.9	70	36.1
Menurut saya <i>Vasektomi</i> /MOP merupakan operasi besar	140	72.2	54	27.8
Menurut saya selesai operasi <i>Vasektomi</i> /MOP tidak boleh berhubungan seks dulu	140	72.2	54	27.8
Menurut saya penyembuhan luka <i>Vasektomi</i> /MOP memerlukan waktu yang lama	140	72.2	54	27.8
Menurut saya <i>Vasektomi</i> /MOP menyebabkan kanker	194	100.0	0	0.0
Menurut saya <i>Vasektomi</i> /MOP menyalahi kodrat kelaki-lakian	194	100.0	0	0.0
Menurut saya <i>Vasektomi</i> /MOP bertentangan dengan nilai sosial atau tidak lazim	188	96.9	6	3.1
Menurut saya keluarga kurang mendukung pemakaian <i>Vasektomi</i> /MOP	162	83.5	32	16.5
Menurut saya informasi tentang <i>Vasektomi</i> /MOP masih kurang	148	76.3	46	23.7
Menurut saya orang takut <i>Vasektomi</i> /MOP karena biaya operasi yang mahal	140	72.2	54	27.8
Menurut saya masyarakat kurang tahu tempat pelayanan <i>Vasektomi</i> /MOP	149	76.8	45	23.2
Menurut saya masyarakat belum terbiasa dengan kondom laki-laki	70	36.1	124	63.9
Menurut saya pemakaian kondom menyalahi kodrat kelaki-lakian	194	100.0	0	0.0
Menurut saya pemakaian kondom bertentangan dengan nilai sosial atau tidak lazim	194	100.0	0	0.0
Menurut saya informasi tentang kondom masih kurang	64	33.0	130	67.0
Menurut saya orang atau keluarga yang memakai kondom masih sedikit	54	27.8	140	72.2
Menurut saya masyarakat masih malu atau tabu untuk membeli kondom secara bebas di pasaran	164	84.5	30	15.5
Menurut saya masyarakat masih kurang tahu cara memakai kondom dengan tehnik yang benar	54	27.8	140	72.2

Berdasarkan tabel 4.5 terlihat bahwa responden sebagian besar memiliki sikap positif terhadap KB. Hal ini dapat dilihat dari jawaban responden antara lain responden menyatakan "setuju" untuk pertanyaan *favourable*, seperti penggunaan kondom dapat mencegah kehamilan (100.0%), pemakaian kondom berefek samping alergi pada alat kelamin (69.1%), vasektomi/MOP dapat mencegah kehamilan (100.0%), dan jawaban "tidak setuju" untuk pertanyaan *unfavourable* seperti pemakaian kondom menjijikkan (94.8%), dengan memakai kondom pasangan merasa tidak nyaman (59.8%), vasektomi/MOP sama dengan dikebiri (63.9%), Vasektomi/MOP menurunkan kejantanan lelaki (72.2%), vasektomi/MOP menyebabkan infeksi alat kelamin (100.0%), vasektomi/MOP menyebabkan ketahanan fisik pria berkurang (89.2%), vasektomi/MOP menyebabkan adanya gangguan kencing (91.7%), prosedur vasektomi/MOP menakutkan karena harus dioperasi (63.9%), vasektomi/MOP merupakan operasi besar (72.2%), selesai operasi vasektomi/MOP tidak boleh berhubungan seks dulu (72.2%), penyembuhan luka vasektomi/MOP memerlukan waktu yang lama (72.2%), vasektomi menyebabkan kanker (100.0%), vasektomi menyalahi kodrat lelaki-lakian (100.0%), Vasektomi/MOP bertentangan dengan nilai sosial atau tidak lazim (96.9%), keluarga kurang mendukung pemakaian Vasektomi/MOP (83.5%), informasi tentang Vasektomi/MOP masih kurang (76.3%), orang takut Vasektomi/MOP karena biaya operasi yang mahal (72.2%), masyarakat kurang tahu tempat pelayanan Vasektomi/MOP (76.8%), pemakaian kondom menyalahi kodrat lelaki-lakian (100.0%), pemakaian kondom bertentangan dengan nilai sosial atau tidak lazim

(100.0%), masyarakat masih malu atau tabu untuk membeli kondom secara bebas di pasaran (84.5%).

Dari sebaran jawaban responden terlihat bahwa ada hal-hal yang perlu diperhatikan, responden menjawab "setuju" pada pertanyaan pemakaian kondom menurunkan kenikmatan hubungan seksual (72.2%), pemakaian kondom merepotkan (72.2%), pemakaian kondom mudah sekali terjadi kebocoran (76.3%), pemakaian kondom tidak nyaman (68.1%), masyarakat belum terbiasa dengan kondom laki-laki (63.9%), informasi tentang kondom masih kurang (67.0%), orang atau keluarga yang memakai kondom masih sedikit (72.2%), masyarakat masih kurang tahu cara memakai kondom dengan teknik yang benar (72.2%).

4. Sosial Budaya terhadap KB

Tabel 4.6. Distribusi Frekuensi Budaya terhadap KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali Tahun 2008

Sosial Budaya terhadap KB	f	%
Budaya tidak mendukung	94	48.5
Budaya mendukung	100	51.5
Total	194	100.0

Berdasarkan tabel 4.6 terlihat bahwa sebagian besar budaya responden mendukung terhadap KB (51.5%) dan hanya 48.5% budaya responden yang tidak mendukung terhadap KB.

Tabel 4.7. Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Variabel Sosial Budaya terhadap KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali Tahun 2008

Pertanyaan	Tidak		Ya	
	f	%	f	%
Kontrasepsi kondom sudah umum dilakukan di tempat tinggal saya	111	57.2	83	42.8

Lanjutan Tabel 4.7 Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Variabel Sosial Budaya terhadap KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali Tahun 2008.

Pertanyaan	Tidak		Ya	
	f	%	f	%
Kontrasepsi <i>Vasektomi</i> /MOP belum umum dilakukan di tempat tinggal saya	148	76.3	46	23.7
Dalam keluarga pria/suami yang berperan dalam pengambilan keputusan untuk menggunakan metode kontrasepsi	148	76.3	46	23.7
Jumlah anak mempengaruhi keputusan untuk menggunakan metode kontrasepsi	121	62.4	73	37.6
Dalam masyarakat terdapat pandangan bahwa "banyak anak banyak rejeki"	156	80.4	38	19.6
Mempunyai anak dalam jumlah banyak akan merupakan jaminan di hari tua	164	84.5	30	15.5
Mempunyai anak dalam jumlah banyak akan memberikan keuntungan ekonomi	147	75.8	47	24.2
Mempunyai anak dalam jumlah banyak akan memberikan rasa aman bagi keluarga	174	89.7	20	10.3
Kelahiran anak laki-laki lebih menyenangkan daripada anak perempuan	174	89.7	20	10.3
Dalam keluarga saya merencanakan jumlah anak tidak menyalahi kehendak Tuhan	0	0.0	194	100.0
Pemakaian kontrasepsi kondom tidak dilarang agama	0	0.0	194	100.0
Pemakaian kontrasepsi <i>Vasektomi</i> /MOP dilarang agama	194	100.0	0	0.0

Berdasarkan tabel 4.7 terlihat bahwa responden sebagian besar memiliki sosial budaya yang mendukung terhadap KB. Hal ini dapat dilihat dari jawaban responden antara lain responden menyatakan "ya" untuk pertanyaan *favourable*, seperti pemakaian kontrasepsi kondom tidak dilarang agama (100.0%), Dalam keluarga saya merencanakan jumlah anak tidak menyalahi kehendak Tuhan (100.0%). Dan jawaban "tidak" untuk pertanyaan *unfavourable*, seperti

kontrasepsi vasektomi/MOP belum umum dilakukan di tempat tinggal saya (76.3%), dalam keluarga pria/suami yang berperan dalam pengambilan keputusan untuk menggunakan metode kontrasepsi (76.3%), Jumlah anak mempengaruhi keputusan untuk menggunakan metode kontrasepsi (62.4%), Dalam masyarakat terdapat pandangan bahwa "banyak anak banyak rejeki" (80.4%), Mempunyai anak dalam jumlah banyak akan merupakan jaminan di hari tua (84.5%), Mempunyai anak dalam jumlah banyak akan memberikan keuntungan ekonomi (63.4%), Mempunyai anak dalam jumlah banyak akan memberikan rasa aman bagi keluarga (89.2%), Kelahiran anak laki-laki lebih menyenangkan daripada anak perempuan (89.7%), pemakaian kontrasepsi *Vasektomi/MOP* dilarang agama (100.0%).

Dari sebaran jawaban responden terlihat bahwa ada hal-hal yang perlu diperhatikan, responden menjawab "tidak" pada pertanyaan kontrasepsi kondom sudah umum dilakukan di tempat tinggal saya (57.2%).

5. Akses Pelayanan KB

Tabel 4.8. Distribusi Frekuensi Akses Pelayanan KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali Tahun 2008

Akses Pelayanan KB	f	%
Sulit mengakses	87	44.8
Mudah mengakses	107	55.2
Total	194	100.0

Berdasarkan tabel 4.8 terlihat bahwa sebagian besar responden mudah mengakses pelayanan KB (55.2%) dan hanya 44.8% yang sulit mengakses pelayanan KB.

Tabel 4.9. Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Variabel Akses pelayanan KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali Tahun 2008

Pertanyaan	Tidak		Ya	
	f	%	f	%
Apakah Anda bertempat tinggal dekat dengan pelayanan KB ?	103	53.1	91	46.9
Apakah tempat pelayanan KB mudah dijangkau dari rumah ?	0	0.0	194	100.0
Apakah alat transportasi menuju ke pelayanan KB mudah ?	0	0.0	194	100.0
Apakah Anda mengeluarkan biaya sendiri untuk mendapatkan pelayanan KB?	174	89.7	20	10.3
Apakah Anda mendapatkan pelayanan KB dari pemerintah (Safari KB) ?	166	85.6	28	14.4
Apakah Anda mendapatkan informasi tentang metode KB pria dari petugas KB ?	0	0.0	194	100.0
Apakah Anda mendapatkan informasi tentang metode KB pria dari tenaga kesehatan (dokter atau bidan)?	41	21.1	153	78.9
Apakah Anda mendapatkan informasi tentang metode KB pria dari tokoh agama atau tokoh masyarakat ?	42	21.6	152	78.4
Apakah Anda mendapatkan informasi tentang tempat pelayanan KB dan biaya pelayanan KB dari petugas KB?	3	1.5	191	98.5
Apakah Anda mendapatkan informasi tentang tempat pelayanan KB dan biaya pelayanan KB dari tenaga kesehatan?	6	3.1	188	96.9
Apakah Anda mendapatkan informasi tentang tempat pelayanan KB dan biaya pelayanan KB dari tokoh agama atau tokoh masyarakat?	4	2.1	190	97.9
Apakah di tempat pelayanan KB Anda mendapatkan pelayanan yang sama dengan akseptor KB wanita ?	36	18.6	158	81.4

Berdasarkan tabel 4.9 terlihat bahwa responden sebagian besar memiliki akses pelayanan KB yang mudah. Hal ini dapat dilihat dari jawaban responden antara lain responden menyatakan "ya" untuk

pertanyaan *favourable*, seperti : tempat pelayanan KB mudah dijangkau dari rumah (100.0%), alat transportasi menuju ke pelayanan KB mudah (100.0%), Anda mendapatkan informasi tentang metode KB pria dari petugas KB (100.0%), Anda mendapatkan informasi tentang metode KB pria dari tenaga kesehatan (dokter atau bidan) (78.9%), Anda mendapatkan informasi tentang metode KB pria dari tokoh agama atau tokoh masyarakat (78.4%), di tempat pelayanan KB Anda mendapatkan pelayanan yang sama dengan akseptor KB wanita (81.4%). Dan jawaban "tidak" untuk pertanyaan *unfavourable* Anda mengeluarkan biaya sendiri untuk mendapatkan pelayanan KB (89.7%).

Dari sebaran jawaban responden terlihat bahwa ada hal-hal yang perlu diperhatikan, adalah jawaban "tidak" pada pertanyaan Anda bertempat tinggal dekat dengan pelayanan KB (53.1%), Anda mendapatkan pelayanan KB dari pemerintah (safari KB) (85.6%).

Hasil penelitian di atas didukung dengan hasil wawancara mendalam yang berkaitan dengan Akses Pelayanan KB dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 4.10 Ringkasan Hasil wawancara mendalam tentang Akses Pelayanan KB

Pertanyaan	Informan	Jawaban
Menurut Anda, apakah tempat pelayanan KB mudah menjangkau dan dijangkau oleh masyarakat sasaran khususnya pria ?	1	Mudah, karena di Boyolali ini ada 4 tempat pelayanan KB
	2	Mudah dijangkau karena alat transportasi umum juga sudah banyak.
	3	Mudah karena tempat pelayanan tersebut letaknya strategis

Lanjutan Tabel 4.10 Ringkasan Hasil wawancara mendalam tentang Akses Pelayanan KB

Pertanyaan	Informan	Jawaban
Menurut Anda, apakah biaya pelayanan KB dapat dijangkau oleh klien ?	1	Biaya vasektomi sudah dijamin oleh pemerintah, kecuali yang mandiri
	2	Vasektomi Gratis apabila akseptor KB tersebut lapor ke PLKB kecamatan Selo,
	3	Vasektomi Gratis apabila didaftar dulu oleh PLKB kecamatan setempat.
Menurut Anda, bagaimana cara untuk meningkatkan penerimaan partisipasi pria dalam KB?	1	Peningkatan KIE.
	2	Penyuluhan melalui pertemuan kelompok atau paguyuban KB pria
	3	Penyuluhan tentang metode kontrasepsi pria secara lengkap.
Menurut Anda, upaya apa yang perlu dilakukan agar klien mengetahui secara jelas tempat, jenis pelayanan KB dan biaya untuk memperolehnya ?	1	Sosialisasi pada pertemuan rutin kelompok.
	2	Sosialisasi melalui pertemuan rutin kelompok atau paguyuban KB pria.
	3	Perlunya sosialisasi ke masyarakat melalui kegiatan pertemuan rutin

Dari wawancara mendalam terungkap bahwa lokasi pelayanan KB mudah dijangkau oleh responden karena alat transportasi umum sudah banyak dan letaknya yang strategis. Biaya pelayanan KB untuk vasektomi gratis apabila melapor dulu pada petugas kecamatan. Kemudian untuk meningkatkan penerimaan partisipasi pria dalam KB dengan penyuluhan melalui pertemuan kelompok/paguyuban tentang tempat pelayanan, jenis pelayanan KB dan biaya pelayanan KB.

6. Kualitas Pelayanan KB

Tabel 4.11. Distribusi Frekuensi Kualitas Pelayanan KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali Tahun 2008

Kualitas Pelayanan KB	f	%
Kualitas kurang baik	84	43.3
Kualitas baik	110	56.7
Total	194	100.0

Berdasarkan tabel 4.11 terlihat bahwa sebagian besar responden menyatakan kualitas pelayanan KB baik (56.7%) dan hanya 43.3% yang menyatakan kualitas pelayanan KB kurang baik.

Tabel 4.12. Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Variabel Kualitas pelayanan KB di kecamatan Selo kabupaten Boyolali Tahun 2008

Pertanyaan	Tidak		Ya	
	f	%	f	%
Apakah Anda mendapatkan berbagai pilihan metode kontrasepsi ?	31	16.0	163	84.0
Apakah metode kontrasepsi yang disediakan sesuai dengan keinginan dan kemampuan Anda ?	39	20.1	155	79.9
Apakah jenis kontrasepsi pria yang tersedia hanya ada dua macam (kondom dan vasektomi/MOP) ?	93	48.0	101	52.0
Apakah Anda mendapatkan informasi yang lengkap, jelas, dan mudah dipahami tentang metode kontrasepsi pria ?	20	10.3	174	89.7
Apakah Anda mendapatkan informasi mengenai manfaat serta efek samping berbagai metode kontrasepsi ?	22	11.3	172	88.7
Apakah Anda mendapatkan bantuan dalam memutuskan metode kontrasepsi yang akan dipilih ?	17	8.8	177	91.2
Apakah Anda mendapatkan penjelasan prosedur dari setiap tindakan yang akan dilakukan petugas KB?	8	4.1	186	95.9
Apakah Anda mendapatkan informasi dari petugas KB kapan harus kontrol atau melakukan kunjungan ulang ?	2	1.0	192	99.0

Berdasarkan tabel 4.12 terlihat bahwa responden sebagian besar memiliki kualitas pelayanan KB yang baik. Hal ini dapat dilihat dari jawaban responden antara lain responden menyatakan "ya" untuk pertanyaan *favourable*, seperti Anda mendapatkan berbagai pilihan

metode kontrasepsi (84.0%), metode kontrasepsi yang disediakan sesuai dengan keinginan dan kemampuan Anda (79.9%), Anda mendapatkan informasi yang lengkap, jelas, dan mudah dipahami tentang metode kontrasepsi pria (89.7%), Anda mendapatkan informasi mengenai manfaat serta efek samping berbagai metode kontrasepsi (88.7%), Anda mendapatkan bantuan dalam memutuskan metode kontrasepsi yang akan dipilih (91.2%), Anda mendapatkan penjelasan prosedur dari setiap tindakan yang akan dilakukan petugas KB (95.9%), Anda mendapatkan informasi dari petugas KB kapan harus kontrol atau melakukan kunjungan ulang (99.0%).

Dari sebaran jawaban responden terlihat bahwa ada hal-hal yang perlu diperhatikan, adalah jawaban "ya" untuk pertanyaan jenis kontrasepsi pria yang tersedia hanya ada dua macam (kondom dan vasektomi/MOP) (52.0%).

Hasil penelitian di atas didukung dengan hasil wawancara mendalam yang berkaitan dengan Kualitas Pelayanan KB dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 4.13 Ringkasan Hasil wawancara mendalam tentang Kualitas Pelayanan KB

Pertanyaan	Informan	Jawaban
Menurut Anda, bagaimana upaya yang perlu dilakukan agar klien mempunyai pilihan metode kontrasepsi yang tersedia untuk pria dan wanita ?	1	Melalui KIE tentang metode kontrasepsi
	2	Pemberian informasi tentang berbagai metode kontrasepsi
	3	Pemberian penyuluhan tentang berbagai metode kontrasepsi.

Lanjutan Tabel 4.13 Ringkasan Hasil wawancara mendalam tentang Kualitas Pelayanan KB.

Pertanyaan	Informan	Jawaban
Menurut Anda, informasi apa saja yang perlu diberikan kepada klien berkaitan dengan metode kontrasepsi pria?	1	Macam kontrasepsi, syarat-syarat menjadi akseptor, manfaat dan efek sampingnya
	2	Macamnya, manfaat, efek samping.
	3	Macam, cara pemakaian, syarat sebagai akseptor, prosedurnya.
Apakah provider (pemberi pelayanan) perlu melakukan <i>Inform Choice</i> untuk membantu klien dalam menentukan pilihan kontrasepsinya ?	1	Perlu
	2	Perlu sekali
	3	Perlu
Kemampuan teknis yang perlu dikuasai oleh provider (pemberi pelayanan) meliputi apa saja ?	1	Terampil dan berkomunikasi dengan baik.
	2	Berkomunikasi dan memberikan pelayanan KB.
	3	Keterampilan dan juga berkomunikasi.
Bagaimana cara menjamin klien untuk tetap mendapatkan kontrasepsi dan pelayanan KB kelanjutannya ?	1	Memberitahukan kapan kontrol atau kembali ke tempat pelayanan KB.
	2	Diberitahu kapan harus kembali ke tempat pelayanan KB.
	3	Pemberian jadwal kapan harus kembali lagi ke tempat pelayanan KB.

Dari wawancara mendalam dapat terungkap bagaimana upaya yang perlu dilakukan agar klien mempunyai pilihan metode kontrasepsi yang tersedia untuk pria dan wanita melalui KIE tentang metode kontrasepsi meliputi Macam kontrasepsi, syarat-syarat menjadi akseptor, manfaat dan efek sampingnya, cara pemakaian, syarat, prosedurnya. Kemudian Provider (pemberi pelayanan) perlu melakukan *Inform Choice* untuk membantu klien dalam menentukan pilihan kontrasepsinya. Kemampuan teknis yang perlu dikuasai oleh provider (pemberi pelayanan) meliputi Berkomunikasi dan memberikan pelayanan KB, cara menjamin klien untuk tetap mendapatkan

kontrasepsi dan pelayanan KB kelanjutannya dengan memberitahukan kapan kontrol atau kembali ke tempat pelayanan KB.

7. Partisipasi pria dalam Keluarga Berencana

Tabel 4.14. Distribusi Frekuensi Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana di kecamatan Selo kabupaten Boyolali Tahun 2008

Partisipasi pria dalam KB	f	%
Tidak menggunakan alat kontrasepsi	160	82.5
Menggunakan alat kontrasepsi	34	17.5
Total	194	100.0

Berdasarkan tabel 4.14 terlihat bahwa sebagian besar responden tidak menggunakan alat kontrasepsi (82.5%) daripada yang menggunakan alat kontrasepsi (17.5%).

8. Hubungan Pengetahuan terhadap KB dengan Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana

Tabel 4.15. Distribusi Frekuensi Hubungan Pengetahuan terhadap KB dengan Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana di kecamatan Selo kabupaten Boyolali Tahun 2008

Pengetahuan	Partisipasi pria dalam KB		Total
	Tidak menggunakan alat kontrasepsi	Menggunakan alat kontrasepsi	
Rendah	89.0	2.0	91.0
%	97.8%	2.2%	100.0%
Tinggi	71.0	32.0	103.0
%	68.9%	31.1%	100.0%

p value = 0.0001

Berdasarkan tabel 4.15 nampak bahwa pada responden yang tidak menggunakan alat kontrasepsi proporsi pengetahuan rendah (97.8%) lebih besar daripada dengan pengetahuan tinggi (68.9%). Pada responden yang menggunakan alat kontrasepsi proporsi

pengetahuan tinggi (31.1%) lebih besar daripada pengetahuan rendah (2.2%). Untuk mengetahui adanya hubungan antara Pengetahuan terhadap KB dengan Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana, maka dapat dianalisis dengan menggunakan uji *Chi-Square test* diperoleh nilai p value sebesar 0.0001 ($p < 0.05$) yang berarti ada hubungan yang bermakna antara Pengetahuan terhadap KB dengan Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana.

Pernyataan tersebut sama dengan penelitian Purwoko (2000) pengetahuan menyumbangkan peran dalam menentukan pengambilan keputusan untuk memilih alat kontrasepsi tertentu. Semakin tinggi tingkat pengetahuan tentang alat kontrasepsi, maka makin meningkat pula perannya sebagai pengambil keputusan.³⁶ Hasil penelitian yang sama oleh Wijayanti (2004) melalui wawancara mendalam dan observasi dapat diketahui bahwa ketidaktahuan atau kurangnya pengetahuan masyarakat tentang MOP/vasektomi inilah yang merupakan faktor utama penyebab mereka tidak memilih MOP ini sebagai kontrasepsi pilihan.¹⁷

9. Hubungan Sikap terhadap KB terhadap KB dengan Partisipasi Pria secara Langsung dalam Keluarga Berencana

Tabel 4.16. Distribusi Frekuensi Hubungan Sikap terhadap KB dengan Partisipasi Pria secara Langsung dalam Keluarga Berencana di kecamatan Selo kabupaten Boyolali Tahun 2008

Sikap	Partisipasi pria dalam KB		Total
	Tidak menggunakan alat kontrasepsi	Menggunakan alat kontrasepsi	
Negatif	83.0	8.0	91.0
%	91.2%	8.8%	100.0%
Positif	77.0	26.0	103.0
%	74.8%	25.2%	100.0%

p value = 0.005

Berdasarkan tabel 4.16 nampak bahwa pada responden yang tidak menggunakan alat kontrasepsi proporsi sikap negatif (91.2%) lebih besar daripada dengan sikap positif (74.8%). Pada responden yang menggunakan alat kontrasepsi proporsi sikap positif (25.2%) lebih besar daripada sikap negatif (8.8%). Untuk mengetahui adanya hubungan antara Sikap terhadap KB dengan Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana, maka dapat dianalisis dengan menggunakan uji *Chi-Square test* diperoleh nilai p value sebesar 0.005 ($p < 0.05$) yang berarti ada hubungan yang bermakna antara Sikap terhadap KB dengan Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori yang dikembangkan oleh Green yang berpendapat bahwa sikap merupakan faktor predisposisi yang menentukan perilaku seseorang.⁶³

Penggunaan alat kontrasepsi merupakan bentuk perilaku seseorang yang didasari penilaian positif pada kegiatan tersebut, baik dengan tujuan tertentu maupun sekedar mengikuti lingkungannya. Hal tersebut menekankan pentingnya sebuah niat dan pemikiran yang positif terhadap perilaku seseorang. Fishben dan Ajzein menyebutkan bahwa keyakinan akibat perilaku merupakan pengetahuan yang berasal dari diri sendiri yang positif maupun negatif. Dari hal tersebut akan menghasilkan sikap yang selanjutnya akan menumbuhkan minat seseorang untuk melakukan perilaku tertentu.⁶¹

Kajian analisis ini penting karena dengan sebuah pemahaman yang benar akan pengetahuan tentang penggunaan alat kontrasepsi pria dan sikap terhadap KB yang lebih positif akan mendukung keterlibatan pria dalam penggunaan alat kontrasepsi.

10. Hubungan Sosial Budaya terhadap KB terhadap KB dengan

Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana

Tabel 4.17. Distribusi Frekuensi Hubungan Budaya terhadap KB dengan Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana di kecamatan Selo kabupaten Boyolali Tahun 2008

Sosial budaya	Partisipasi pria dalam KB		Total
	Tidak menggunakan alat kontrasepsi	Menggunakan alat kontrasepsi	
Tidak mendukung	84.0	10.0	94.0
%	89.4%	10.6%	100.0%
Mendukung	76.0	24.0	100.0
%	76.0%	24.0%	100.0%

p value = 0.024

Berdasarkan tabel 4.17 nampak bahwa pada responden yang tidak menggunakan alat kontrasepsi proporsi budaya yang tidak mendukung (89.4%) lebih besar daripada dengan budaya yang mendukung (76.0%). Pada responden yang menggunakan alat kontrasepsi proporsi budaya yang mendukung (24.0%) lebih besar daripada budaya yang tidak mendukung (10.6%). Untuk mengetahui adanya hubungan antara Sosial Budaya terhadap KB dengan Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana, maka dapat dianalisis dengan menggunakan uji *Chi-Square test* diperoleh nilai p value sebesar 0.024 ($p < 0.05$) yang berarti ada hubungan yang bermakna antara Sosial Budaya terhadap KB dengan Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana.

Penelitian di atas didukung oleh penelitian Wijayanti (2004) bahwa semua responden menyatakan MOP belum membudaya atau belum umum dilakukan oleh laki-laki di desa Timpik kecamatan Susukan kabupaten Semarang.¹⁷ Kondisi sosial budaya masyarakat yang *patrilineal* yang memungkinkan kaum perempuan berada dalam

sub ordinasi menyebabkan pengambilan keputusan dalam KB didominasi oleh kaum pria.⁵⁹ Menurut Dharmalingam dan Philip Morgan (1996) budaya dominasi laki - laki (budaya *patriarkhi*) didasari oleh kekuatan dan kekuasaan materi.⁶⁰

Di daerah pedesaan anak mempunyai nilai yang tinggi bagi keluarga. Anak dapat memberikan kebahagiaan kepada orang tuanya selain itu akan merupakan jaminan di hari tua dan dapat membantu ekonomi keluarga, banyak masyarakat di desa di Indonesia yang berpandangan bahwa banyak anak banyak rejeki. Dari Penelitian Mohamad Koesnoe di daerah Tengger, petani yang mempunyai tanah luas akan mencari anak angkat sebagai tambahan tenaga kerja. Studi lain yang dilakukan oleh proyek VOC (*Value Of Children*) menemukan bahwa keluarga-keluarga yang tinggal di pedesaan Taiwan, Philipina, Thailand mempunyai anak yang banyak dengan alasan bahwa anak memberikan keuntungan ekonomi dan rasa aman bagi keluarganya.⁴¹

11. Hubungan Akses Pelayanan KB dengan Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana

Tabel 4.18. Distribusi Frekuensi Hubungan Akses Pelayanan KB dengan Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana di kecamatan Selo kabupaten Boyolali Tahun 2008

Akses pelayanan KB	Partisipasi pria dalam KB		Total
	Tidak menggunakan alat kontrasepsi	Menggunakan alat kontrasepsi	
Sulit mengakses	82.0	5.0	87.0
%	94.3%	5.7%	100.0%
Mudah mengakses	78.0	29.0	107.0
%	72.9%	27.1%	100.0%

p value = 0.0001

Berdasarkan tabel 4.18 nampak bahwa pada responden yang tidak menggunakan alat kontrasepsi proporsi sulit mengakses pelayanan KB (94.3%) lebih besar daripada dengan mudah mengakses pelayanan KB (78.0%). Pada responden yang menggunakan alat kontrasepsi proporsi mudah mengakses pelayanan KB (27.1%) lebih besar daripada sulit mengakses pelayanan KB (5.7%). Untuk mengetahui adanya hubungan antara Akses Pelayanan KB dengan Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana, maka dapat dianalisis dengan menggunakan uji *Chi-Square test* diperoleh nilai p value sebesar 0.0001 ($p < 0.05$) yang berarti ada hubungan yang bermakna antara Akses Pelayanan KB dengan Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana.

Hasil wawancara mendalam menunjukkan semua informan menyatakan untuk tempat pelayanan KB mudah menjangkau dan dijangkau oleh masyarakat sasaran khususnya pria, karena tempat pelayanan KB yang letaknya strategis (yaitu di RSUD Boyolali, RSUD Banyudono, RSUD Simo, dan Puskesmas Musuk I untuk tempat pelayanan KB pemerintah, dan untuk swasta ada 2 dokter) serta banyaknya alat transportasi umum. Berkaitan dengan biaya pelayanan KB semua informan menyatakan bahwa apabila calon akseptor KB pria khususnya vasektomi melapor ke PLKB kecamatan maka biaya pelayanan KB dijamin pemerintah, kecuali yang datang ke tempat pelayanan swasta biaya ditanggung sendiri kurang lebih Rp.400000,-. Kemudian untuk meningkatkan penerimaan partisipasi pria dalam KB perlu dilakukan Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) mengenai jenis metode kontrasepsi, tempat pelayanan KB, dan biaya Pelayanan

KB melalui pertemuan kelompok atau paguyuban dengan melibatkan PLKB kecamatan, TOMA, TOGA, dan LSM.

Penelitian di atas didukung oleh penelitian Suprihastuti (2000) adanya kemudahan dan ketersediaan sarana pelayanan ternyata berdampak positif terhadap penggunaan sesuatu alat kontrasepsi.³³ Menurut penelitian Adamchak di Nepal bahwa perbaikan dalam penyampaian pelayanan kontrasepsi dan penyediaan akses yang mudah secara signifikan dapat meningkatkan proporsi pemakaian kontrasepsi yang akhirnya akan memberikan pilihan terhadap pengaturan kelahiran dan ukuran keluarga.⁶²

12. Hubungan Kualitas Pelayanan KB dengan Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana

Tabel 4.19. Distribusi Frekuensi Hubungan Kualitas Pelayanan KB dengan Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana di kecamatan Selo kabupaten Boyolali Tahun 2008

Kualitas pelayanan KB	Partisipasi pria dalam KB		Total
	Tidak menggunakan alat kontrasepsi	Menggunakan alat kontrasepsi	
Kurang baik	82.0	2.0	84.0
%	97.6%	2.4%	100.0%
Baik	78.0	32.0	110.0
%	70.9%	29.1%	100.0%

p value = 0.0001

Berdasarkan tabel 4.19 nampak bahwa pada responden yang tidak menggunakan alat kontrasepsi proporsi kualitas pelayanan KB kurang baik (97.6%) lebih besar daripada dengan kualitas pelayanan KB baik (70.9%). Pada responden yang menggunakan alat kontrasepsi proporsi kualitas pelayanan KB baik (29.1%) lebih besar daripada kualitas pelayanan KB kurang baik (2.4%). Untuk mengetahui adanya

hubungan antara Kualitas pelayanan KB dengan Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana, maka dapat dianalisis dengan menggunakan uji *Chi-Square test* diperoleh nilai p value sebesar 0.0001 ($p < 0.05$) yang berarti ada hubungan yang bermakna antara Kualitas pelayanan KB dengan Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana.

Hasil wawancara mendalam menunjukkan semua informan menyatakan upaya yang perlu dilakukan agar klien mempunyai pilihan metode kontrasepsi yang tersedia untuk pria dan wanita adalah melalui Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) tentang metode kontrasepsi yang dilakukan oleh PLKB, yang meliputi macam, manfaat dan efek samping, cara pemakaian, syarat-syarat menjadi akseptor KB, dan prosedurnya. Berkaitan dengan *Inform Choice* perlu dilakukan untuk memberikan gambaran tentang macam kontrasepsi yang sesuai dengan kondisi Pasangan Usia Subur (PUS), dan sebelum meminta persetujuan kepada calon akseptor KB. Semua informan juga menyatakan kemampuan teknis yang perlu dikuasai oleh pemberi pelayanan KB selain keterampilan dalam memberikan pelayanan KB juga mampu berkomunikasi dengan baik. Untuk menjamin akseptor agar tetap mendapatkan kontrasepsi dan pelayanan KB kelanjutannya yang harus dilakukan adalah memberitahukan kapan harus kontrol ke tempat pelayanan KB atau dengan pemberian jadwal pada kartu akseptor KB.

Informasi merupakan suatu bagian dari pelayanan yang sangat berpengaruh bagi calon akseptor maupun akseptor pengguna, mengetahui apakah kontrasepsi yang dipilih telah sesuai dengan kondisi kesehatan dan sesuai dengan tujuan akseptor dalam memakai kontrasepsi tersebut. Informasi sangat menentukan pemilihan alat

kontrasepsi yang dipilih, sehingga informasi yang lengkap mengenai kontrasepsi sangat diperlukan guna memutuskan pilihan metode kontrasepsi yang akan dipakai.^{64, 65} Bruce menjelaskan dalam kerangka teorinya bahwa dampak dari kualitas pelayanan adalah pengetahuan klien, kepuasan klien, kesehatan klien, penggunaan kontrasepsi, penerimaan, dan kelangsungannya.⁵²

13. Faktor Dominan yang Paling Berpengaruh terhadap Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana

Perumusan hipotesis yang terakhir adalah Ada pengaruh pengetahuan terhadap KB, sikap terhadap KB, sosial budaya terhadap KB, akses pelayanan KB, kualitas pelayanan KB terhadap partisipasi pria dalam Keluarga Berencana. Untuk menguji pengaruh antar variabel tersebut dilakukan dengan menggunakan uji regresi logistik dengan langkah-langkah persyaratan yang harus diperhatikan, antara lain :

- a. Menentukan variabel bebas yang mempunyai nilai p value < 0.05 dalam uji hubungan dengan variabel terikat yaitu dengan *Chi Square test*.

Tabel 4.20 Ringkasan Hasil Analisis Statistik Hubungan Variabel Bebas dan Terikat menggunakan Uji Chi Square pada Alpha 5% penelitian di kecamatan Selo kabupaten Boyolali Tahun 2008

Variabel bebas	Nilai p value	Keterangan
Pengetahuan terhadap KB	0.0001	Ada hubungan
Sikap terhadap KB	0.005	Ada hubungan
Sosial Budaya terhadap KB	0.024	Ada hubungan
Akses pelayanan KB	0.0001	Ada hubungan
Kualitas pelayanan KB	0.0001	Ada hubungan

Dari tabel 4.20 variabel bebas yang dapat dilanjutkan ke dalam model multivariat antara lain ; pengetahuan terhadap KB,

Sikap terhadap KB, Sosial Budaya terhadap KB, akses pelayanan KB, dan kualitas pelayanan KB.

- b. Variabel bebas yang memenuhi kriteria nomor 1 di atas, dimasukkan ke dalam model regresi bivariat dengan $p \text{ value} < 0.25$, maka variabel tersebut dapat dilanjutkan ke dalam model Multivariat.

Tabel 4.21 Ringkasan Hasil Analisis Regresi Bivariat menggunakan metode Enter variabel bebas penelitian di kecamatan Selo kabupaten Boyolali Tahun 2008

Variabel bebas	B	Wald	Sig	Exp (B)
Pengetahuan terhadap KB	2.999	16.155	0.0001	20.056
Sikap terhadap KB	1.254	8.338	0.004	3.503
Sosial Budaya terhadap KB	0.976	5.708	0.017	2.653
Akses pelayanan KB	1.808	12.595	0.0001	6.097
Kualitas pelayanan KB	2.823	14.322	0.0001	16.821

Berdasarkan tabel 4.21 dapat diketahui bahwa hasil analisis bivariat dengan $p \text{ value} < 0.25$ meliputi : variabel pengetahuan terhadap KB, sikap terhadap KB, Sosial Budaya terhadap KB, Akses pelayanan KB, dan Kualitas Pelayanan KB. Kelima variabel tersebut selanjutnya dimasukkan dalam uji statistik dengan menggunakan metode multivariat.

- c. Dalam menentukan model yang sesuai dengan melihat nilai dari Wald statistik untuk masing-masing variabel bebas. Semua variabel kandidat dimasukkan bersama-sama untuk mempertimbangkan menjadi model dengan hasil menunjukkan nilai $p \text{ value} < 0.05$. Hasil uji regresi logistik dengan menggunakan metode enter dapat dilihat di bawah ini :

Tabel 4.22 Ringkasan Hasil Analisis Regresi Multivariat menggunakan regresi logistik metode Enter variabel bebas penelitian di kecamatan Selo kabupaten Boyolali Tahun 2008

Variabel bebas	B	Wald	Sig	Exp (B)
Pengetahuan terhadap KB	2.929	13.123	0.0001	18.712
Kualitas pelayanan KB	2.842	12.520	0.0001	17.152
Sikap terhadap KB	1.734	9.833	0.002	5.663
Akses pelayanan KB	1.654	6.897	0.009	5.228
Sosial budaya terhadap KB	0.703	1.761	0.184	2.020

Dari hasil analisis multivariat menggunakan regresi logistik dengan metode enter tersebut, bahwa empat variabel independen (Pengetahuan terhadap KB, Sikap terhadap KB, Akses pelayanan KB, Kualitas pelayanan KB) yang dimasukkan ke dalam analisis adalah signifikan (nilai p value <0.05) dan nilai Exp (B) atau OR >1 sehingga dapat dikatakan mempunyai pengaruh yang berarti terhadap partisipasi pria dalam Keluarga Berencana. Untuk variabel Sosial Budaya terhadap KB tidak ada pengaruh terhadap partisipasi pria dalam Keluarga Berencana karena nilai p value >0.05. Hasil penelitian tersebut sama dengan hasil penelitian BKKBN (1998) tentang faktor sosekbud (sosial, ekonomi, dan budaya) menerangkan bahwa nilai budaya, seperti pandangan terhadap banyak anak adalah banyak rejeki, *preferensi* jenis kelamin anak, dan pandangan agama yang dianut secara *inferensial* tidak menunjukkan pengaruh yang signifikan.²⁷

Namun dengan mempertimbangkan nilai OR>1 dan didukung oleh teori bahwa dalam budaya dan adat istiadat masyarakat Indonesia yang masih menganut sistem *patriarkhial*, menyebabkan peran pria lebih dominan dibanding dengan pencapaian dalam pengambilan keputusan keluarga. Hal ini berpengaruh terhadap tingkat partisipasi pria dalam menggunakan kontrasepsi masih rendah, dan

usaha pemberdayaan perempuan yang termasuk didalamnya kesetaraan dan keadilan gender, serta hak-hak reproduksi dan lain-lain.³⁶ Maka Sosial budaya terhadap KB berpengaruh terhadap partisipasi pria dalam Keluarga Berencana di kecamatan Selo kabupaten Boyolali.

Untuk mengetahui variabel bebas mana yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel terikat, dilihat dari nilai Exp (B) atau OR, semakin besar nilai Exp (B) berarti semakin besar pengaruhnya terhadap variabel bebas terhadap variabel terikat yang dianalisis. Dalam penelitian ini variabel pengetahuan terhadap KB yang paling besar pengaruhnya terhadap partisipasi pria dalam Keluarga Berencana dengan OR = 18.712.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

1. Persentase responden dengan umur pria ≥ 31 tahun (51.5%) lebih banyak daripada responden dengan umur pria < 31 tahun (48.5%). Sebagian besar responden dengan jumlah anak ≤ 3 (83.0%) daripada jumlah anak > 3 (17.0%). Pendidikan responden diperoleh persentase bahwa sebagian besar responden mempunyai jenjang pendidikan dasar (54.6%) daripada pendidikan lanjutan (45.4%). Dan sebagian besar pendapatan responden \geq Rp. 400000,- (87.6%).
2. Ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan terhadap KB dengan Partisipasi pria dalam Keluarga Berencana (p value = 0.0001)
3. Ada hubungan yang bermakna antara sikap terhadap KB dengan Partisipasi pria dalam Keluarga Berencana (p value = 0.005)
4. Ada hubungan yang bermakna antara sosial budaya terhadap KB dengan Partisipasi pria dalam Keluarga Berencana (p value = 0.024)
5. Ada hubungan yang bermakna antara akses pelayanan KB dengan Partisipasi pria dalam Keluarga Berencana (p value = 0.0001)
6. Ada hubungan yang bermakna antara kualitas pelayanan KB dengan Partisipasi pria dalam Keluarga Berencana (p value = 0.0001)
7. Ada pengaruh antara variabel pengetahuan terhadap KB (OR = 18.712), kualitas pelayanan KB (OR = 17.152), sikap terhadap KB (OR = 5.663), akses pelayanan KB (OR = 5.228), sosial budaya terhadap KB (OR = 2.020) terhadap partisipasi pria dalam Keluarga Berencana.

B. SARAN

1. Perlunya peningkatan KIE melalui paguyuban atau kelompok KB pria tentang alat kontrasepsi pria yaitu kondom untuk meningkatkan pengetahuan pria tentang alat kontrasepsi kondom.
2. Perlunya bantuan biaya pelayanan KB dan penyelenggaraan safari KB selain alat kontrasepsi vasektomi/MOP.
3. Perlunya meningkatkan akses pelayanan KB dengan penyediaan tempat pelayanan KB yang dekat dengan tempat tinggal masyarakat khususnya masyarakat kecamatan Selo.
4. Perlunya dilakukan penelitian lanjut tentang faktor-faktor yang mempengaruhi partisipasi pria dengan melihat *side provider*/pemberi pelayanan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Azwar, Azrul. *Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia*. Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat. Jakarta. 2005.
2. Depkes RI. *Pedoman Teknis Pemberian Profilaksis Injeksi Vitamin K1 pada Bayi Baru Lahir di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*. Direktorat Bina Kesehatan Anak Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat. Jakarta. 2006.
3. Saifuddin. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. JNPKKR-POGI. Jakarta. 2001.
4. Dwijayanti, Riski. *Analisis Respon Masyarakat Desa terhadap Program KB dalam Rangka Peningkatan Kualitas Sumber Daya Manusia di desa Cihideung Udik kabupaten Bogor*. <http://dikti.go.id/pkm/pkmi-award-2006/pdf/pkmi06-016.pdf>. 2006.
5. Sugiyono. *Statistik untuk Penelitian*. Alfabeta. Bandung. 2002.
6. Satria, Yurni. *Isu Gender dalam Kesehatan Reproduksi*. Pusat Pelatihan Gender dan Peningkatan Kualitas Perempuan BKKBN. Jakarta. 2005.
7. BKKBN. *Gender dalam Program KB dan KR*. <http://gemapria.bkkbn.go.id/artikel02-2I.html>. 2007.
8. Hartanto. *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Pustaka Sinar Harapan. Jakarta. 2003.
9. Heru. *KB Distribusi Pemerintah*. <http://Pikas.bkkbn.go.id/new.detail.php?nid>. 2003.
10. BKKBN. *Peningkatan Akses dan Kualitas Pelayanan KB*. BKKBN. Bandung. 2007.
11. BKKBN. *Fakta, Data dan Informasi Kesenjangan Gender di Indonesia*. BKKBN. Jakarta. 2001.
12. BKBD kabupaten Boyolali. *Umpan Balik Hasil Pelaksanaan Program KB Nasional kabupaten Boyolali*. BKBD kabupaten Boyolali. Boyolali. 2007
13. Samudro, Seno. *Boyolali Raih Juara I KB Pria*. http://www.bkkbn.go.id/jateng/news_detail.php?nid=19. 2007.
14. BKKBN. *Pedoman Penggarapan Peningkatan Partisipasi Pria*. BKKBN. Jakarta. 2000.
15. Sumadi. *Profil Paguyuban KB Pria Prio Utomo Ngudi Raharjo dukuh Brajan desa Senden kecamatan Selo kabupaten Boyolali*. Paguyuban KB Prio Utomo "Ngudi Raharjo". Senden. 2007.

16. BKBD kabupaten Boyolali. *Umpan Balik Hasil Pelaksanaan Program KB Nasional kabupaten Boyolali*. BKBD kabupaten Boyolali. Boyolali. 2008.
17. Wijayanti, Titik. *Studi Kualitatif Alasan Akseptor Laki-Laki tidak Memilih MOP sebagai Kontrasepsi Pilihan di desa Timpik kecamatan Susukan kabupaten Semarang*. Program Studi D IV Kebidanan Stikes Ngudi Waluyo. Ungaran. 2004.
18. Endang. *Buku Sumber Keluarga Berencana, Kesehatan Reproduksi, Gender, dan Pembangunan Kependudukan*. BKKBN & UNFPA. Jakarta. 2002.
19. BKKBN. *Peningkatan Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi di Indonesia*. <http://www.bkkbn.go.id/diftor/download.php?>. 2003.
20. Manuaba. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, & Keluarga Berencana untuk Pendidikan Bidan*. EGC. Jakarta. 1998.
21. Syaifudin. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta. 2003.
22. BKKBN. *Faktor-Faktor yang mempengaruhi Rendahnya Partisipasi Pria dalam KB*. <http://www.bkkbn.go.id/gemapria/info-detail.php?infid=79> . 2007.
23. Bertrand. *Kerangka Pikir Konseptual Permintaan KB serta Dampak Pada Fertilitas*. Dalam : BKKBN. *Peningkatan Akses dan Kualitas Pelayanan KB*. BKKBN. Bandung. 2007.
24. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 1992 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera. <http://birohukumsiskum.sumutprov.go.id/myadmin/undang/10%20Tahun%201992.pdf>.
25. BKKBN. *Studi Kualitatif Fokus Group Diskusi Identifikasi Sasaran Khalayak tentang Partisipasi Pria dalam Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi di Propinsi Jawa Tengah dan Jawa Timur*. Kerjasama Puslitbang KB dan Kesehatan Reproduksi/Pusna dan Puslitbang KS dan PP/Pusra, BKKBN. Jakarta. 2001.
26. BKKBN. *Studi Kuantitatif Sasaran Khalayak di Propinsi Jawa Tengah dan Jawa Timur*. Kerjasama Puslitbang KB dan Kesehatan Reproduksi/Pusna dan Puslitbang KS dan PP/Pusra, BKKBN. Jakarta. 2001.
27. BKKBN. *Faktor-faktor Sosial Budaya yang Mempengaruhi Pemakaian Kontrasepsi Mantap Wanita (MOW) dan Kontrasepsi Mantap Pria (MOP) di Jawa Barat dan Nusa Tenggara Barat*. Kerjasama LDUI-PULDU BKKBN. Jakarta. 1998.
28. BKKBN. *Peningkatan Peran Komponen KIE dalam Gerakan KB Nasional: Studi Kualitatif Peran Pria dalam Penggunaan Kontrasepsi di DKI Jakarta*

dan D.I. Yogyakarta. Kerjasama antara PUBIO-Pusat Penelitian Pengembangan Pelayanan Kesehatan. Balitbang Depkes. Jakarta. 1999.

29. BKKBN. *Pedoman Kebijakan Teknis Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi*. BKKBN. Jakarta. 2001.
30. Djamhoer, dkk. *Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo. Jakarta. 2005.
31. Wetson. *Para Wanita Mempercayai Pasangan Untuk Menggunakan Kontrasepsi Pria*. <http://pikas.bkkbn.go.id>. 2002.
32. Notoatmodjo, S. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Rineka Cipta. 2007.
33. Suprihastuti, dkk. *Analisis Data Sekunder SDKI 97 Pengambilan Keputusan Penggunaan Alkon Pria di Indonesia*. D.I. Yogyakarta. 2000.
34. BKKBN. *Pengayoman Medis Keluarga Berencana*. BKKBN. Jakarta. 1993.
35. BKKBN. *Studi Gender Peningkatan Peran Pria Dalam Penggunaan Kontrasepsi di DIY*. Kerjasama Fakultas Kedokteran Univ. Muhammadiyah-PUBIO BKKBN. Jakarta. 1999.
36. Purwoko. *Tesis Penerimaan Vasektomi dan Sterilisasi Tuba*. Fakultas Kedokteran Undip. Semarang. 2000.
37. Notoatmodjo, S. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta. 2002.
38. Sureni, dkk. *Studi Gender Peranan Pria dalam Penggunaan Kontrasepsi di propinsi DIY*. Kanwil BKKBN DIY & PSW UMY. Yogyakarta. 1999.
39. Dreman and Robey. *Male Participation in Reproductive Health*. Network. Spring. 18(3) : 11-5. 1998.
40. BKKBN. *Peningkatan Partisipasi Pria dalam KB & KR*. BKKBN. Jakarta. 2005.
41. Siregar, F. *Pengaruh nilai dan jumlah anak pada keluarga terhadap norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera (NKKBS)*. <http://library.usu.ac.id/modules.php?op=modload&name=Downloads&file=index&req=getit&lid=625>. 2003.
42. BKKBN. 1999. *Informasi Pelayanan Kontrasepsi*. BKKBN. Jakarta.
43. Rob, dkk. *Men's in Bangladesh, India, and Pakistan Reproductive Health Issues*. Karshat Publisher. Dhaka, Bangladesh. 1999.
44. Wiknjosastro, H. *Ilmu Kebidanan*. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta. 1999.

45. Rahardjo, S. *Panduan Pelayanan Vasektomi Tanpa Pisau*. PKMI. Jakarta. 1995.
46. Karra. *Male Involvement in Family Planning*. A case Study Spanning Five Generation of a South Indian Family ; *Studies in Family Planning* 28(1) : 24-32. 1997.
47. Omandhi-Odhiambo. *Men's Participation in Family Planning Decision in Kenya*. Population Studies. 1997.
48. BKKBN. *Studi Gender Peningkatan Peran Pria Dalam Penggunaan Kontrasepsi di DKI*. Kerjasama Pusat Kajian Pembangunan Univ. Atmajaya-PUBIO BKKBN. Jakarta. 1999.
49. Danim dan Darwis. *Metode Penelitian Kebidanan*. EGC. Jakarta. 2003.
50. Utarini. *Men's Convolvement in Family Planning*. Yogyakarta. 1998.
51. Effendy. N. *Dasar - dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. EGC. Jakarta. 1998.
52. Bruce, J. *Fundamental Elements of the Quality of Care, A Simple Frams Work*, *Studies in Family Planning*, 1990.
53. Jain, A. *Fertility Reduction and The Quality of the Planning Service*. *Studies in Family Planning*. 1989.
54. Wijono, D. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Airlangga University Press. Surabaya. 1999.
55. Notoatmodjo. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Rineka Cipta. Jakarta. 2003.
56. Depdikbud RI. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Perum Balai Pustaka. Jakarta. 1988.
57. BKKBN. *Peran Pria melalui Program KB dalam Kesehatan Maternal*. Gema Partisipasi Pria. Jakarta. 2000.
58. Junadi, P. *Pengantar Analisis Data*. Rineka Cipta. Jakarta. 1995.
59. Asan, A. *Hak Reproduksi sebagai Etika Global dan Implementasinya dalam Pelayanan KB/KR di NTT 2007*. BKKBN. NTT. 2007.
60. Wirawan, I. *Status Wanita dalam Perspektif Kajian Studi Kependudukan*. Jurusan Sosiologi FISIP Universitas Airlangga. Surabaya. 2007.
61. Ogden Jane. *Health Psychology*. Buckingham. Open University Press. 1996.
62. Satyavada, A., and Adamchak, D.J. *Determinants of Current Use of Contraception and Children Ever Born in Nepal*. Social Biology. 2000.

63. Green, LW. *Health Promotion Planning, Educational and Environmental Approach*. The John hopkins University. Mayfieldy Publishing. USA. 1991.
64. Bessinger, R. E., Bertrand, J.T. *Monitoring Quality of Care in Family Planning Program : A Comparison of Observations and Client Exit Interviews*, International Family Planning Perspective. 2001.
65. Katz, K. R., Jhonson, L. M., Janowitz, B., Carranza, J. M. *Reason for the Low of IUD Use in El Savador*, International Family Planning Perspectives. 2002.
66. UU No. 20 Tahun 2003 tentang *Sistem Pendidikan Nasional (Sisdiknas)*.
67. BKKBN. *Rapat Kerja Program KB Nasional Jawa Tengah tahun 2008 : Kebijakan dan Strategi Operasional Pencapaian Sasaran tahun 2008-2009*. Jawa Tengah. 2008.